

Alcon A Novartis Division

ALFASIGMA

AstraZeneca

AESTHETICS

BioNire

CEUMED

CORD BLOOD CENTER

FORA

4MED APOTECARIA MEDICALA

GEROT LANNACH

HELODIP

HYPERFARM

HYPERICUM

Laropharm

medfarm.ro

Medisal

MERCK

OptiFibre

PlantExtrakt

Sanience

SANADOR

Sun Wave Pharma

TEHNO INDUSTRIAL

Théa Driving innovation

VEDRA

PHARMA



Dr. Sandra Adalgiza Alexiu

Președinte AMF-B



Dr. Marina Pîrcălabu

Președinte PMFB,  
Vicepreședinte FNPMF



Prof. Dr. Mircea Cintează

Cardiologie, Spitalul Universitar  
de Urgență, București



Conf. Dr. Angela Butnariu

Medic primar pediatrie, specialist  
cardiologie, Spitalul Clinic de Urgență  
pentru Copii Cluj-Napoca



Prof. Dr. Florin Mihălțan

Institutul de Pneumologie  
Marius Nasta-București



Dr. Miorița Toader

Medic primar ORL,  
Doctor în științe medicale, Șef secție ORL  
Spitalul Clinic de Urgență Pentru Copii  
Grigore Alexandrescu București



Prof. Univ. Dr. Simona-Roxana Georgescu

Dermato-venerologie,  
UMF „Carol Davila”, București, Șef Secție  
Dermato-venerologie Spitalul „Dr. Victor  
Babeș”, București



Profesor universitar  
Dr. Dumitru Matei

UMF „Carol Davila”, București,  
Institutul Național pentru Sănătatea  
Mamei și Copilului Alesandrescu-  
Rusescu, București

# Medicina Familiei

Revista profesioniștilor din Sănătate

2019 - 2020

SINCE 1911  
**Töpfer**  
MADE IN GERMANY



*Sare de baie  
pudra*

curăță, calmează și protejează pielea delicată a bebelușilor

# medimento



## O PIELE ÎNGRIJITĂ PENTRU O VIAȚĂ NORMALĂ

### BALSAM PENTRU CĂLCAIE ȘI PICIOARE MEDIMENTO

Pentru călcaie și picioare aspre, uscate și crăpate. Mierea manuka din Noua Zeelandă este un umectant natural, ceea ce înseamnă că hidratează extrem de bine pielea, astfel călcaiele vor avea un nivel de hidratare confortabil și vor fi mai netede ca niciodată. Adecvat pentru persoane cu diabet. Fără parabeni. Adecvat pentru vegetarieni. Utilizat de profesioniști în domeniul îngrijirii picioarelor.



### BALSAM PENTRU MAINI MEDIMENTO

Tratament pentru maini aspre și uscate. Regenerează și repară. Uleiul de măsline calmează pielea inflamată și iritată datorită proprietăților sale de menținere a umidității, iar papaya exfoliază ușor celulele moarte ale pielii pentru a întineri pielea – lăsând mainile netede, delicate și foarte bine hidratate. Fără parabeni. Adecvat pentru piele predispusă la eczemă, psoriazis și dermatită. Adecvat pentru vegetarieni. Pentru uz zilnic. Eficacitate dovedită clinic în îmbunătățirea hidratării pielii.

#### INFORMATII

Ceumed SRL Oradea str.  
Sfântul Apostol Andrei nr. 44  
E-mail: info@ceumed.eu | www.ceumed.eu



Smart   
Love  
by Ceumed  
 /smartlove.ro

www.smartlove.ro

# Salvestrol®

## Folosește puterea naturii în lupta cu **CANCERUL!**



**Conceptul Salvestrol** este rezultatul cercetărilor făcute de prof. Dan Burke și prof. Gerald Potter de la Universitatea De Montfort din Leicester, Marea Britanie.

Echipa de cercetare a descoperit un nou tip de enzimă CYP1B1 din seria citocromului P450, ce poate fi găsită **doar în celulele canceroase umane**, dar nu se exprimă în celulele sănătoase<sup>(1)</sup>.

Supraexpresia extremă a enzimei CYP1B1 este o caracteristică comună a tuturor formelor de cancer care apar la om (de la celule displazice până la metastaze). Enzima CYP1B1 este considerată un **marker tumoral universal**<sup>(2)</sup>.

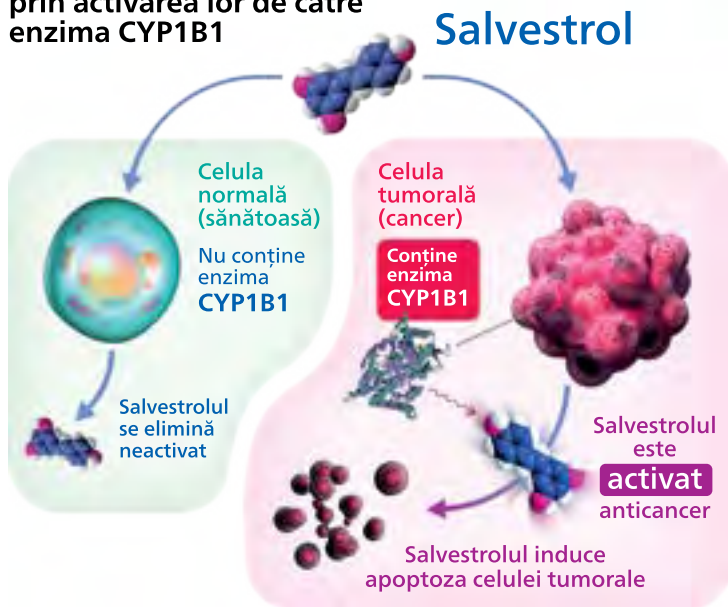
Salvestrolii fac parte din sistemul imunitar al plantelor, sunt fitoalexine și sunt produși de plante ca reacție de apărare la atacul diversilor agenți patogeni: ciuperci, bacterii, viruși, insecte și radiații ultraviolete<sup>(3)</sup>.

**Salvestrolii** sunt activați de enzima CYP1B1 și apoi metabolizați în substanțe ce acționează ca citostatice naturale, care forțează celula tumorală să intre în apoptoză (moartea programată a celulei)<sup>(4)</sup>. Acest mecanism nu are loc în celulele sănătoase, deoarece enzima este prezentă doar în celulele canceroase. Astfel, acțiunea este direcționată strict către celulele bolnave, fără a avea efecte secundare.

Complex fitonatural, **Salvestrol®** este o combinație de extracte din plante ce a fost dezvoltată în urma testelor efectuate în laboratoarele de cercetare pe țesuturile canceroase din creier, cancer de sân, cancer de prostată, cancer de colon, cancer ovarian, cancer de testicule, cancer pulmonar, leucemii, limfoame etc. Rezultatele sunt extrem de încurajatoare.

Plantele tratate cu pesticide și fungicide nu mai secretă salvestroli și cercetările arată că dieta actuală conține cu 80

**Mecanismul de acțiune antitumorală al salvestroliilor prin activarea lor de către enzima CYP1B1**



până la 90% mai puțini salvestroli decât cea de acum cincizeci – o sută de ani, ceea ce face necesară utilizarea de suplimente nutriționale cu salvestroli, pentru a crește capacitatea organismului de a preveni și de a lupta cu această maladie<sup>(5)</sup>.

### Administrare Salvestrol®:

Au fost concepute două forme de administrare: **Salvestrol® Platinum 2000 puncte** și **Salvestrol® Shiled 350 puncte**.

Se utilizează în orice formă de cancer, deoarece enzima CYP1B1 se supraexpresă în toate tipurile de cancer și în toate etapele, de la celulele displazice până la metastaze.

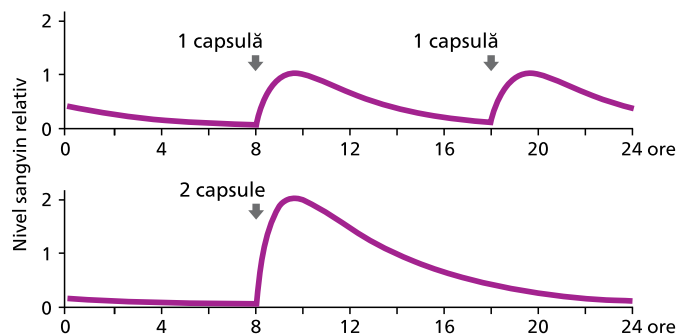
Administrarea ca supliment, în faza curativă a afecțiunilor canceroase, între 4000 și 6000 de puncte pe zi (2-3 capsule) de Salvestrol® Platinum 2000, în timpul mesei.

Salvestrol® susține organismul pe perioada curelor de chimioterapie, radioterapie și crește eficacitatea tratamentelor homeopatice, fitoterapice sau cu acupunctură.

În organismul uman se formează zilnic aproximativ 1000 celule tumorale pe care sistemul imunitar este nevoit să le îndepărteze. De aceea este foarte utilă folosirea de către persoanele sănătoase (chiar și copii) a produsului Salvestrol® Shiled 350 puncte asigurându-se astfel doza necesară declanșării mecanismului de apărare **enzima CYP1B1 – Salvestroli**.

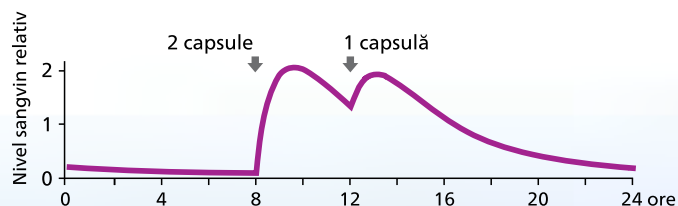
**Bibliografie:** 1. Murray, G., Taylor, M., McFadyen, M., et al., Tumor-specific expression of cytochrome P450 CYP1B1. *Cancer Res*, (1997) 57: 3026-3031. 2. McFadyen, M. and Murray, G., Cytochrome P450 1B1: a novel anticancer therapeutic target. *Future Oncology*, (2005) 1: 259-263. 3. Mikstacka R, Przybylska D, Rimando AM et al. Inhibition of human recombinant cytochromes P450 CYP1A1 and CYP1B1 by transresveratrol methyl ethers. *Mol Nutr Food Res*. 2007;51(5):517-24. 4. Maecker, B., Sherr, D., Vonderheide, R., et al., The shared tumor-associated antigen cytochrome P450 1B1 is recognized by specific cytotoxic T cells. *Blood*, (2003) 102: 3287-3294. 5. Tan HL, Butler PC, Burke MD, Potter GA. Salvestrols: a new perspective in nutritional research. *Journal of Orthomol Med*. 2008;22: 40-47.

### Scheme de administrare pentru Salvestrol 2000 puncte



Concentrația maximă (nivelul sangvin de vârf) este mult mai mare la administrarea de 2 capsule (concomitent) decât la 1+1 capsule (la interval de 10 ore între administrări).

„Aria de sub curbă” (expunerea totală la niveluri active de salvestrol) este aceeași în ambele situații (administrare 2 sau 1+1).



Pentru menținerea concentrației maxime o perioadă mai mare de timp se pot administra 2+1 capsule (două capsule concomitent, urmate de încă o capsulă, după 4–6 ore).

26



42



44



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

ISSN 2286 - 3443

„Dorim să menținem ștacheta sus din punct de vedere profesional” <b>Interviu realizat cu Dr. Sandra Adalgiza Alexiu,</b> Președinte AMF-B	<b>6</b>
Constipația <b>Profesor universitar Dr. Dumitru Matei,</b> Șef lucrări Dr. Mihaela Adela Iancu	<b>10</b>
„Avem în obiectiv acțiuni menite să crească și consolideze independența cabinetelor medicilor de familie” <b>Interviu realizat cu Dr. Marina Pîrcălabu,</b> Președinte PMFB, Vicepreședinte FNPMF	<b>14</b>
Medicul de familie și drumurile pacientului respirator <b>Prof. Dr. Florin Mihălțan</b>	<b>20</b>
Insuficiența cardiacă <b>Prof. Dr. Mircea Cintează</b>	<b>24</b>
Rinita alergică, între teorie și practică <b>Dr. Miorița Toader</b>	<b>26</b>
Lichenul plan <b>As. Univ. Dr. Isabela Sârbu, Șef de lucrări Dr. Mircea Tampa, Prof. Univ. Dr. Simona-Roxana Georgescu</b>	<b>34</b>
Alergiile – o abordare prin terapii naturale <b>Dr. Monica Spînu</b>	<b>42</b>
Locul medicului de familie în sistemul medical privat <b>Dr. Raluca Trancă</b>	<b>44</b>
Ce este nou în diagnosticul hipertensiunii arteriale pediatrice? Actualități pentru medicul de familie <b>Conf. Dr. Angela Butnariu</b>	<b>46</b>
Evaluarea durerii și a calității vieții la persoanele cu artrită reumatoidă în raport cu programe de reabilitare activă <b>Dr. Victoria Chihai,</b> <b>Dr. Alisa Tăbîrță, Dr. Marina Bulai</b>	<b>52</b>
Fiecare a doua persoană, în vârstă de peste 60 de ani, suferă de cataractă	<b>56</b>

# Neurossen® 300 mg

Benfotiamină

Eliberează-te din capcana  
neuropatiei diabetice!



# „Dorim să menținem ștacheta sus din punct de vedere profesional”

Interviu realizat cu Dr. Sandra Adalgiza Alexiu, Președinte AMF-B

În perioada 28-31 martie 2019, medicii de familie se reunesc în București la cea de a XV-a ediție a Conferinței de Medicina Familiei cu participare internațională, organizată de Asociația Medicilor de Familie București – Ilfov (AMF-B).

Pentru a intra în atmosfera evenimentului, stăm de vorba cu Dr. Sandra Adalgiza Alexiu, Directorul Conferinței și Președintele AMF-B.

**Ce noutăți aduce această a XV-a ediție a Conferinței Naționale de Medicina Familiei față de manifestările anterioare?**

Eu sper că fiecare ediție a Conferinței noastre aduce noutăți și că medicii de familie deja știu și așteaptă acest lucru! Ne-am obișnuit ca în fiecare an să aducem ceva deosebit în conferință și să menținem ștacheta sus din punct de vedere profesional.

În acest an avem cinci invitați din afara țării care vor susține sesiuni în conferință. Mai mult, unul dintre vorbitorii noștri nu va fi prezent în sală, ci își va susține tema din Australia în direct prin webcast.

Invitații noștri sunt:

**Miriam Achabbak (FR)**

- Neurofiziolog și fizioterapeut specializat în oto-neurologie și reabilitarea tulburărilor de vertij și echilibru
- Studii universitare în neurofiziologie și explorarea funcțională neurologică la Facultatea de Medicină René Descartes
- Supraspecializare în Reeducarea Vestibulară (Facultatea de Medicină Pierre și Marie Curie) și handicapuri senzoriale și tulburări ale echilibrului.
- Membru al societății internaționale de oto-neurologie
- Fondator al Centrului CERVA (centru de diagnostic și reabilitare a vertijului) din Casablanca, Maroc

Doamna Achabbak va susține o prezentare despre importanța reeducării

vestibulare în managementul afecțiunilor vertiginose și al instabilităților **vineri 29 martie, ora 16.30, în sala Atena**

**Helena Maltezou (GR)**

- Specialist în boli infecțioase pediatrice
- Director, Department for Interventions in Health Care Facilities



- Hellenic Center for Disease Control and Prevention
- Αγρόφων 3-5, Athens 151 23, Greece
- Absolventă în 1991 a Universității din Creta, a unei burse cu tema „Viral infections in immunocompromised patients” la MD. Anderson Cancer Center, University of Texas
- Doctorat în medicină la Universitatea din Creta în 2000 (colaborare cu universitatea din Texas, pentru teza: „Viral Infections in Children Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplants”.
- Supraspecializată în Boli tropicale și controlul infecțiilor la Hospital Nord, Marseille. Licențiată în epidemiologie clinică și Statistică la Harvard School of Public Health, USA.
- Licențiată în infecții nosocomiale, rezistență la antibiotice și sănătate publică la Universiteea de la Mediteranee.

- Dr. Maltezou a coordonat pregătirea unor ghiduri și cercetări relevante privind bolile prevenibile prin vaccinare, controlul infecțiilor, gripa și boli emergente în cadrul comitetelor Centrului european pentru controlul bolilor transmisibile (ECDC).

Doamna Maltezou poate fi urmărită **sâmbătă 30 martie, ora 14.30, în sala Atena**, cu o prezentare despre Vaccinarea HPV și prevenirea cancerului, cum să facem față ezitanților la vaccinare / HPV Vaccination and Cancer Prevention – How to overcome vaccine hesitancy

**Prof. Dr. Hakan Ağır (TR)**

- Profesor de chirurgie estetică, plastică și reconstructivă membru al societății europene de profil (Fellow of European Board of Plastic and Reconstructive Surgery).
- Face parte din echipa Acibadem Health Group, Turkey (Altunizade and Kocaeli Hospitals)
- Absolvent al Hacettepe University Faculty of Medicine (English Division)
- Supraspecializare la Denmark Copenhagen National University Hospital (Rigshospital)
- Consultant în medicină de dezastru după cutremurele din 1999 din Turcia.
- Clinical Fellow, Plastic, Maxillofacial and Burns Unit, Lower Hutt Hospital, Wellington, New Zealand.

Domnul Ağır poate fi urmărit cu o prezentare despre chirurgia reconstructivă după cancerul de piele și cancerul capului și gâtului (Reconstructive surgery after skin, head and neck cancers), **vineri, 29 martie, orele 10 - 10.30 în sala Roma**

**Prof. dr. Athanasios J. Manolis (GR)**

- Director Cardiology Department, Asklepeion Hospital, Athena
- Adj. Clinical Professor of Medicine, Emory University, Atlanta, GA, USA
- Adj. Assistant Professor of Hypertension, Boston University, USA
- Membru al American College of Car-

diology, American Heart Association, Hypertension Council of the American Heart Association, European Society of Hypertension

- International Society of Hypertension, Mediterranean Association of Cardiology and Cardiac Surgery
- A publicat peste 120 de articole în jurnale internaționale peer reviewed, pe teme de
- UTA, IC, boala coronariană, cardiologie preventivă, fibrilație arterială și genetică, are peste 300 de prezentări la Conferințe internaționale și este autor la peste 20 de capitole în tratate internaționale.

Prezentarea Prof. Dr. Manolis din cadrul dezbaterii despre pilula combinată (Polypill - Necesitatea aderenței la tratament în practica curentă, alături de Prof. Dr. Dragoș Vinereanu și colega noastră din grupul CardioRo, Dr. Rodica Tănăsescu) poate fi urmărită **vineri, 29 martie 2019, în sala Atena**, în intervalul orar 12.00 - 13.00.

**Prof. Dr. David Price (UK)**

- Primary Care Respiratory Society Professor of Primary Care Respiratory Medicine, University of Aberdeen, Aberdeen, UK
- Absolvent la Cambridge University în 1984
- Specialist în medicina familiei după trainingul efectuat în Norwich în 1989.
- Fondator și Managing Director al Observational & Pragmatic Research Institute (Singapore) și al Optimum Patient Care (Australia and United Kingdom).
- Primary Care Respiratory Society Professor la Primary Care Respiratory Medicine at the University of Aberdeen (Scotland, UK).
- Chief Scientist for the US COPD Registry
- Fellow of European Respiratory Society (ERS)

Prezentarea Prof. Dr. David Price poate fi urmărită **sâmbătă, 30 martie 2019, în intervalul orar 10 - 11.30, în sala Atena**, prin transmisie live din Australia. Tema abordată este: Simplified way to treat allergic rhinitis patients: a clinically relevant approach / Simplificarea terapiei pacienților cu rinită alergică: o abordare relevantă clinic, prezentarea fiind moderată de doamna dr. Camelia Berghia.

**Care sunt principalele teme abordate în cadrul evenimentului și ce personalități din lumea medicală se reunesc sub egida acestui important eveniment?**

Medicina Familiei este o specialitate deosebită, ea circumscrie o mulțime de teme și subteme medicale, dar și numeroase noțiuni nemedicale și care la o primă vedere nu ar fi necesare în studiu. Cu toate acestea, în practica noastră ne lovim de ele zilnic și am considerat că este corect să fie aduse într-o conferință de o asemenea anvergură. La noi nu veți găsi secțiuni clar delimitate de patologice, ci mai degrabă probleme interdisciplinare, fiindcă pacientul cu multiple patologii este centrul activității noastre, dar tot în centru stă și omul sănătos și vârstnicul care are nevoie de îngrijiri speciale și gravida care nu este bolnavă, dar constituie o categorie aparte.

Prin urmare, o conferință de medicina familiei pune în discuții teme deopotrivă de boală și sănătate, de medicină și comunicare, de om sănătos și bolnav. Iar pentru că medicul de familie este și manager, e nevoie să ne adresăm lui și în această calitate.

Cu o astfel de linie directoare, Conferința adună personalități din lumea medicală, în primul rând medici de familie care fie sunt membrii catedrelor, fie sunt instructori-formatori cu experiență îndelungată în formarea adultului, atât a colegilor medici specialiști și primari, cât și a medicilor rezidenți.

În al doilea rând, numeroși colegi din alte specialități răspund invitației noastre de a conduce dezbateri sau a prezenta teme de interes: cardiologi, infecționiști, internişti, chirurghi, diabetologi, pediatri, ne adunăm cu toții în același creuzet. Fiecare dintre speakerii noștri este o personalitate în lumea medicală și ne onorează cu prezența.



AMF-B are o bogată activitate științifică, reprezentată de organizarea cursurilor și simpoziunilor de educație medicală continuă. Vă rugăm să ne comunicați ce manifestări se vor desfășura anul acesta sub umbrela AMF-B.

În acest an organizăm două conferințe, una la finalul lunii martie alta la începutul lunii decembrie.

Conferința din martie este evenimentul nostru cu cea mai mare amploare. Cu un titlu care sintetizează importanța specialității noastre, „Echilibrul delicat între știință, artă și comunicare”, adună aproape 2000 de participanți medici din mai multe specialități, asistente medicale, expozați, care vin pentru cele patru zile de conferință și pentru ziua de curs-preconferință.

La începutul lunii iunie organizăm împreună cu Academia de Științe Medicale, Cursul Urgemed, un exemplu perfect

de colaborare interdisciplinară. Urgemed e structurat pe module în care medicul din specialitatea respectivă și medicul de familie preiau o temă legată de ideea de urgență, o dezbate împreună, cu bazele teoretice și cazuri clinice comentate.

În fiecare lună practic există o manifestare științifică organizată de AMF-B. Simpoziunile noastre tradiționale se desfășoară în acest an la Ramada Majestic la 7 martie, 11 aprilie, 17 octombrie, 14 noiembrie.

Pe lângă acestea organizăm trei manifestări sub egida Societății Naționale de Medicina Familiei, cele două ediții Medic.ro (februarie și septembrie) și ediția anuală Medical Forum (luna mai).

Încheiem anul cu o conferință pe care o organizăm împreună cu Patronatul Medicilor de Familie București - Ilfov, „Medicul de familie - practician și manager”, în prima parte a lunii decembrie.

Pe lângă aceste manifestări, vom lansa în acest an două proiecte - surpriză, din-

tre care un proiect este gândit cu anvergură națională, iar al doilea va completa „piața” educațională pentru medici de familie în mediul online. Toate însă ... la timpul lor!

Decidenții și conducerea CNAS declară că fac toate eforturile pentru eliminarea deficiențelor în funcționarea sistemului informatic care blochează eliberarea rețetelor, abuzând de timpul pacientului și al medicului. Se observă o îmbunătățire din acest punct de vedere?

Niciuna. Din contra, așa zice că viața noastră profesională se degradează sub ochii noștri, sub scutul greu al unei „dictaturi” care nu ține cont nici de nevoile pacientului, nici de posibilitățile uriașe pe care le oferă medicina de familie și nici măcar de nevoia de debirocratizare.

Medicul de familie are un istoric al pacientului și al familiei sale și încearcă zilnic să ofere servicii de calitate. Credeți că este posibilă realizarea unui model european al medicului de familie și în România, în contextul actual?

În contextul actual sigur nu, pentru că nu există o strategie care să urmărească reformarea medicinei de familie, nu există o viziune pentru o finanțare corectă și nici cea mai mică intenție politică în acest sens.

În încheiere, vă rugăm să ne spuneți care este strategia AMF-B pentru acest an și care este principalul mesaj pe care doriți să-l transmiteți medicilor participanți la evenimente.

Ne-am dori să avem mai mulți colegi la manifestările noastre tradiționale și de aceea, am creat mai multe soluții: am modificat structura simpoziunilor lunare, am început să invităm colegi din spitale pentru a crea punți organizatorice, profesionale și de comunicare, am îmbunătățit modalitățile de comunicare cu colegii, am ieșit în social media mai mult pentru ca activitățile noastre să fie mai rapid vizibile. În plus pregătim cele două surprize de care vă spuneam mai sus și despre care vom vorbi foarte curând, chiar de la Conferința din martie.



# ***HYPERILACT Plus***<sup>®</sup>

*"LAPTELE MATERN, PRIMUL CADOU OFERIT DE MAMA COPILULUI SAU"*

- ✓ Declanșează, stimulează și susține lactația
- ✓ Susține imunitatea sugarului
- ✓ Diminuează stresul și insomnia
- ✓ Fără lactoză
- ✓ Aport de vitamine și minerale esențiale pentru creșterea și dezvoltarea sugarului
- ✓ Combate depresia și anxietatea la mama

Doza de atac:

Cate 2-3 comprimate de 2-3 ori pe zi  
timp de maximum 2 săptămâni

Doza de intretinere:

Cate 1-2 comprimate de 2-3 ori pe zi

Notificat la IBA - SNPMAPS - AA9833/2016  
Marca înregistrată la O.S.I.M. - 132399/21.03.2014



**HYPERICUM**

Bd. Timisoara Nr.16F, Sector 6, Bucuresti  
vreauhyperilact@hypericum.ro | 021.413.13.00 | 021.413.26.66

# 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 megadocolonul (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 ecoprezia.

Factorii favorizanți pentru apariția constipației sunt reprezentati 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:

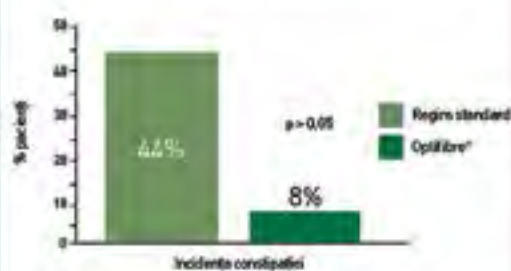
- Constipația de transport – având drept cauză hipotonia, atonia sau hipersegmentarea colonului
- Constipația de evacuare – produsă prin repetarea întârzierii defecației, în context social sau psihologic
- Constipația prin retenție – datorită modificărilor de volum colo-rectal, ce pot fi congenitale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

Tabel 1 Etiologia constipației

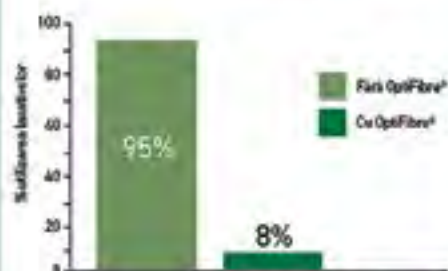
	Cauză	Exemple
1	Cauze locale	Formațiuni tumorale benigne/maligne colonice, Diverticuloză, Megadocolonul, Volvulus intestinal, Stenoză anală, Stricturnă anală, Tromboze hemoroidale, Boala Hirschprung
2	Compresie extrinsecă	Sarcină, Ascită, Rectocel, Prolaps genital, Formațiuni tumorale benigne intraabdominale, Formațiuni tumorale maligne intraabdominale
3	Consum de medicamente	Antiacidele, Agenți anticolinergici (antiparkinsoniene, antipsihotice, antispasmodice, antidepresive 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	Afecțiuni neurologice și musculare	Amiloidoza, Boala Chagas, Dermatomiozita, Scleroză multiplă, Boala Parkinson, Sclerodermie, Neuropatie non-diabetică, Leziuni ale măduvei spinării, Accident vascular cerebral
5	Afecțiuni 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



Femei însărcinate sau care alăptează



Vârstnici/Persoane care suferă de diabet

## 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.

Ziua	Număr de lingurițe de OptiFibre®				
	Adulți și copii > 11 ani			Copii 3-10 ani	
1-3	1			1/2	
4-6	1		1	1/2	1/2
de la ziua 7	1	1	1	1	1
	Doză maximă 3/zi			Doză maximă 2/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>4,7</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. Giaccheri S, et al. *La Clinica Terapeutica*. 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, Stenoză anală, StricTURă anală, Tromboze hemoroidale
4	Proces stenoZant	Formațiuni 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 su-

gera 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 percuația 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 hemorizi externi sau asimetria sfincterului anal.<sup>[1]</sup>

Tușeul rectal contribuie la evaluarea pacientului, prezența unui fecalom, stricTURa 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, printr-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 igienodietetice se asociază cu tratament etiologic (vezi etiologia constipației- tabel 1), funcțional, patogenetic sau simptomatic. Tratamentul patogenetic include administrarea prokineticelor (domperidom, cisaprid) sau laxativelor. Se pot recomanda laxative osmotice (magnesium, 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.

## SOLUTIA IDEALA PENTRU DOTAREA UNUI CABINET DE MEDICINA DE FAMILIE



**ECOGRAF COLOR FUKUDA  
DENSHI UF-890AG**



**ELECTROCARDIOGRAF CU 12 DERIVATII  
SI IMPRIMARE PE 12, 6 sau 3  
DERIVATII FUKUDA DENSHI**



**ECOGRAF COLOR PORTABIL  
FUKUDA DENSHI UF-760AG**



**ANALIZOR DE BIOCHIMIE  
USCATA ARKRAY SPOTCHEM  
EZ SP-4430**



**ANALIZOR DE ELECTROLITI  
ARKRAY SPOTCHEM  
EL SE-1520**



**ANALIZOR DE URINA  
ARKRAY POCKETCHEM  
PU-4010**



**ANALIZOR AUTOMAT  
HEMATOLOGIE 3DIFF  
MEDONIC - M32**



**ANALIZOR AUTOMAT  
HEMATOLOGIE 5DIFF  
MEDONIC- M51**

# „Avem în obiectiv acțiuni menite să crească și consolideze independența cabinetelor medicilor de familie”

Interviu realizat cu Dr. Marina Pîrcălabu,  
Președinte PMFB, Vicepreședinte FNPMF



**În proiectul de buget pentru 2019, suma alocată medicinei de familie vizează o creștere de numai 6% față de anul trecut, insuficientă pentru realizarea unui act medical de calitate. Ce demersuri face FNPMF în acest sens?**

Proiectul de buget a prevăzut într-adevăr o creștere de doar 6% inițial, însă în urma demersurilor organizațiilor medicilor de familie și chiar a multor medici de familie în nume propriu, în prezent este prevăzută o creștere de peste 20% față de anul 2018. Sigur că este insuficient, fiind necesară o dublare a finanțării, însă este un început. Demersurile FNPMF au fost variate. Am făcut calcule clare, exacte, pentru a pune pe masa Guvernului și a parlamentarilor sumele exacte necesare pentru finanțarea cabinetelor, măcar să putem crește salariile asistentelor și să crească puțin și venitul medicului. Am pus aceste calcule în documente, adevărate note de fundamentare, pe care le-am înregistrat la Ministerul Finanțelor, Mi-

nisterul Sănătății, Casa Națională a Asigurărilor de Sănătate, Secretariatul General al Guvernului și le-am trimis și fiecărui parlamentar în parte. Repetăm acești pași de mai multe ori pe an, atât când se stabilește proiectul de buget și când se votează, cât și la fiecare rectificare bugetară. Solicităm de asemenea și audiențe, pe care rareori le primim, dar știm că toți oamenii politici cunosc problemele și argumentele noastre. Le repetăm de atât de mulți ani și, din păcate, de multe ori a fost nevoie și de acțiuni de protest pentru a ne face auziți. Ultima astfel de acțiune s-a desfășurat pe tot parcursul anului 2017, când am început printr-o masă rotundă la Parlament, organizată de noi, am continuat prin adrese diverse înregistrate la toate instituțiile cu responsabilitate în domeniul medical, am ajuns și în stradă, în Piața Victoriei pe 15 noiembrie 2017. Ca ultim pas, am închis cabinetele sau am lucrat privat în primele zile ale anului 2018 - fiecare medic alegându-și forma de protest. Această ultimă acțiune de protest a fost oprită brusc și am putea spune aproape violent prin brutalitatea reacției CNAS. În a doua zi a protestului purtătorul de cuvânt al instituției a anunțat într-o conferință de presă ca toți medicii de familie care mai continuă protestul și nu semnează actul adițional au rămas fără contract cu casa de asigurări. Cum majoritatea medicilor de familie au venituri exclusiv din acest contract vă puteți imagina ce a urmat. Au fost zile de care nu vrem să ne amintim.

**Medicul de familie reprezintă prima linie, realizând legătura între pacient și sistemul național de sănătate. În**

**cazul subfinanțării ne putem confrunta cu o migrație a medicilor?**

Desigur! Și nu doar cu o migrație a medicilor. Sunt mai multe probleme. Unii medici de familie dar și asistente medicale care lucrează în cabinetele de medicina familiei aleg să plece în străinătate. Alții aleg să plece în sistemul public de sănătate, dar în alte ramuri - medicina școlară, îngrijiri la domiciliu, îngrijiri paliative, medicina muncii, sistemul de urgență. Sunt și mulți medici care se pensionează, deși pensiile sunt foarte mici. Dincolo de aceste plecări din sistem, o problemă foarte serioasă este reprezentată și de in-



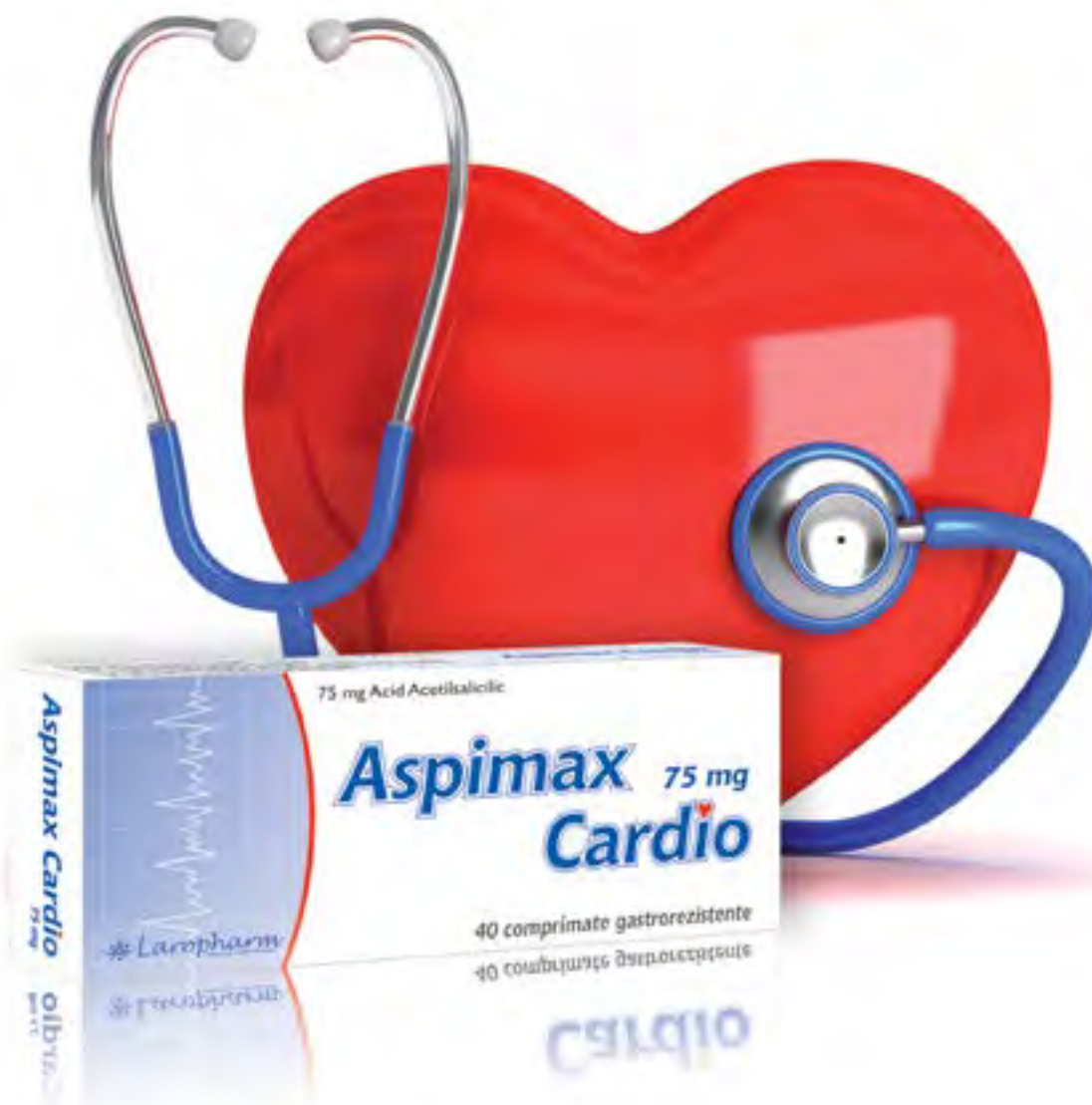
fluxul de medici în sistem - absolvenții de medicină nu mai aleg medicina de familie la rezidențiat iar cei care totuși o aleg nu o practică după ce termină pregătirea. Cum poți alege să lucrezi pentru 2.000-3.000 lei venit lunar ca tânăr specialist angajat sau patron al propriului cabinet,

# Aspimax<sup>®</sup> Cardio 75 mg

40 comprimate  
gastrorezistente

acid acetilsalicilic

*Ascultă-ți inima!*



**Un Aspimax Cardio pe zi**

=

**Doza optimă pentru protecția inimii și a vaselor de sânge.**

 **Laropharm**  
INDUSTRIE FARMACEUTICA

[contact@laropharm.ro](mailto:contact@laropharm.ro) \* [www.laropharm.ro](http://www.laropharm.ro) \* [www.facebook.com/Laropharm](https://www.facebook.com/Laropharm)

Acest medicament se eliberează fără prescripție medicală. Se recomandă citirea cu atenție a prospectului sau a informațiilor de pe ambalaj. Dacă apar manifestări neplăcute, adresați-vă medicului sau farmacistului. Acest material este destinat exclusiv profesioniștilor din domeniul sănătății.

după ce ca medic rezident în ultimul an ai avut 5.000 lei venit lunar net, ca angajat bugetar? Mulți tineri aleg să facă o a doua specializare, să rămâna în continuare rezidenți.

**Anul trecut au existat întârzieri la plata medicilor care lucrează în Centrele de Permanență, ce au fost create special pentru asigurarea continuității asistenței medicale primare în zonele rurale sau izolate. Ne puteți spune dacă s-a remediat această problemă?**

A existat o rezolvare parțială, ca de fiecare dată. În final, la sfârșitul anului, colegii au primit sumele întregi, conform prevederilor contractuale. Însă, de foarte mulți ani plata pentru centrele de permanență este întârziată, parțială și s-a întâmplat odată chiar să ni se ceară bani înapoi, din cauza unei erori legislative. Până la urmă situația a fost rezolvată prin amnistie fiscală.

Anul trecut cineva din administrația centrală pur și simplu a uitat să aloce banii necesari pentru a acoperi costurile cu centrele de permanență și problema n-a putut fi rezolvată decât la rectificarea bugetară. Banii sunt alocați în bugetul Ministerului Sănătății, transferați apoi la casele de asigurări de sănătate și apoi medicilor. Anul acesta par să fie suficiente fonduri alocate dar vom afla peste câteva luni care este realitatea. Dacă se vor înființa centre noi, banii nu vor ajunge din nou.

**Care este situația organizării cabinetelor individuale ale medicilor de familie din punct de vedere financiar, în contextul subfinanțării? (dotare, personal etc)**

Ca și finanțarea - undeva la jumătatea drumului. Majoritatea cabinetelor au un medic și o asistentă medicală. În cele mai multe cazuri ar trebui să existe și un registrator medical și/sau o secretară pentru programări, probleme administrative, ca în orice clinică medicală modernă. Din punct de vedere al dotărilor, există o dotare minimă obligatorie, care nu este

chiar atât de minimă! Suntem obligați să avem inclusiv masă ginecologică, negatoscop pentru radiografii - deși aceste dotări sunt destul de depășite în secolul XXI. Pentru recoltările și consulturile din sfera ginecologică ce se fac în cabinetul de medicina familiei nu este nevoie de o masă ginecologică iar radiografiile sunt acum majoritar digitale, transmise pe CD și vizualizate pe calculator. Sunt și colegi care au obținut mai multe competențe profesionale și care au dotare suplimentară, achiziționată din fonduri proprii - ecograf, electrocardiograf, holter, minianalizatoare, lasere pentru fizioterapie, dermatoscoape, etc. Dar nu atât de mulți cât ar fi posibil dacă am avea o finanțare corespunzătoare. În cabinetul medicului de familie ar putea fi rezolvate bine și în siguranță multe probleme medicale, pentru care medicul de familie este pregătit corespunzător.

**În încheiere, vă rugăm să ne dați câteva informații despre proiectele de viitor ale FNPMF.**

FNPMF este într-o etapă de reorganizare internă, pe care o sperăm finalizată până la finalul anului. Pe termen scurt plănuim să ne creștem numărul de membri, să fim mai vizibili și să încheiem parteneriate cu organizații cu obiective similare cu ale noastre, pentru o reprezentare eficientă.

Pe termen mediu și lung ne preocupă situația financiară a medicilor de familie atât în perioada când sunt în activitate cât și după ce aceștia se pensionează, știut fiind că pensile MF sunt la un nivel absolut jalnic. De aceea avem în obiectiv acțiuni menite să crească și consolideze independența cabinetelor medicilor de familie și poziția acestora în sistemul de sănătate și în societate.





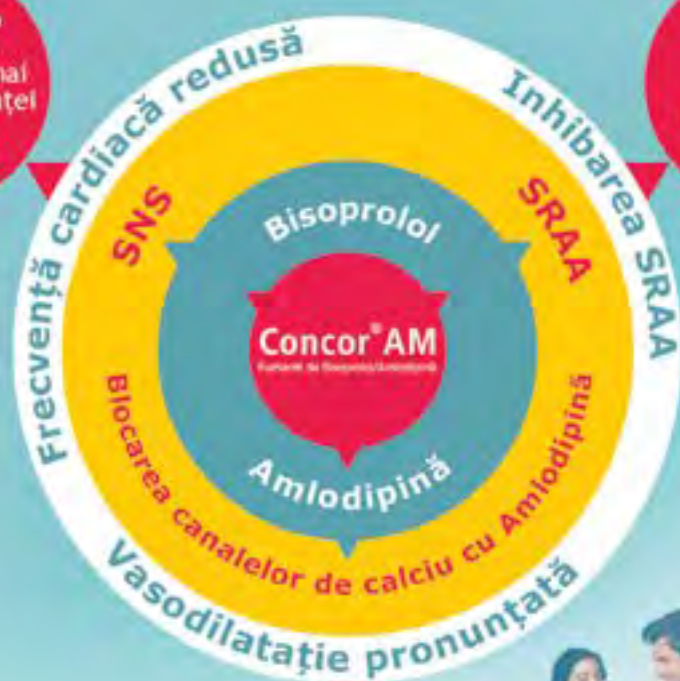
# Concor® AM

Fumarat de Bisoprolol/Amlodipină

MERCK

Bisoprolol determină o scădere semnificativ mai mare a frecvenței cardiace vs losartan ( $p < 0,001$ )

Bisoprolol determină o scădere semnificativ mai mare a TA vs losartan ( $p < 0,01$ )



Amlodipina reduce semnificativ TA vs valsartan ( $p < 0,01$ )

Adaptat după referințele 1-7



## 1 COMBINAȚIE FIXĂ

## 2 AGENȚI ANTIHIPERTENSIVI COMPLEMENTARI

## 3 MECANISME DE CONTROL EFICIENT AL HTA<sup>1-7</sup>

TA = Tensiune arterială;  
HTA = Hipertensiune arterială;  
SNS = Sistem nervos simpatic;  
SRAA = Sistem renin-angiotensin-aldosteron.

1. Wellstein A, Palm D, Belz GG. J Cardiovasc Pharmacol 1988;8(suppl 11):S36-S40. 2. Smith C, Tiller H. Cardiovasc Drugs Ther 1999;13:123-6. 3. Sun N, Hong T, Zhang R et al. Hypertens Res 2000;23:537-40. 4. Mordich D, Heil RC. Drugs 1992;41:478-505. 5. Crăcișană JM. The modern role of beta-blockers in cardiovascular medicine, People's Medical Publishing House - USA; 2010. 6. Farnella G et al. Clin Drug Invest 2009;29:591-600. 7. Epuch K et al. Am J Hypertens 2004;17:112-17.

**Denumirea comercială a medicamentelor:** Concor AM 5 mg/5 mg comprimate; Concor AM 5 mg/10 mg comprimate; Concor AM 10 mg/5 mg comprimate; Concor AM 10 mg/10 mg comprimate. **Compoziție:** Concor AM 5 mg/5 mg: fumarat de bisoprolol 5 mg și amlodipină 5 mg (sub formă de besilat), Concor AM 5 mg/10 mg: fumarat de bisoprolol 5 mg și amlodipină 10 mg (sub formă de besilat), Concor AM 10 mg/5 mg: fumarat de bisoprolol 10 mg și amlodipină 5 mg (sub formă de besilat), Concor AM 10 mg/10 mg: fumarat de bisoprolol 10 mg și amlodipină 10 mg (sub formă de besilat). **Forma farmaceutică:** comprimat. **Indicații terapeutice:** Concor AM este indicat pentru tratamentul hipertensiunii arteriale ca tratament de substituție pentru pacienții la care s-au administrat separat medicamentele individuale în aceleași doze ca și în combinația în doză fixă. **Doze și mod de administrare:** Concor AM este indicat la pacienții a căror tensiune arterială este adecvat controlată prin administrarea separată a componentelor medicamentului în aceleași doze ca și combinația în doză fixă recomandată. **Doze:** Doza zilnică recomandată este de un comprimat corespunzător fiecărei concentrații. Tratamentul nu trebuie întrerupt brusc deoarece acest lucru poate duce la agravarea stării clinice. Tratamentul nu trebuie întrerupt brusc mai ales în cazurile în care pacienții prezintă și cardiopatie ischemică. Se recomandă reducerea treptată a dozelor. **Pacienți cu insuficiență hepatică:** metabolizarea amlodipinei poate fi întârziată; medicamentul trebuie administrat cu precauție specială. În insuficiență hepatică ușoară până la moderată nu a fost stabilită doza recomandată în ceea ce privește amlodipina. Farmacocinetica amlodipinei nu a fost studiată în insuficiență hepatică severă. În cazul insuficienței renale severe doza zilnică maximă de bisoprolol nu trebuie să depășească 10 mg. **Pacienți cu insuficiență renală:** Nu este necesară ajustarea dozelor în cazul unei insuficiențe renale ușoare până la moderată. Amlodipina nu este dializabilă. Amlodipina trebuie administrată cu mare precauție la pacienții dializați. În cazul insuficienței renale severe (clearance-ul creatininei <20 ml/min) doza zilnică de bisoprolol nu trebuie să depășească 10 mg. **Vârștrici:** La pacienții vârstnici pot fi administrate dozele uzuale; cu toate acestea este recomandată precauție la creșterea dozelor. **Copii și adolescenți:** Siguranța și eficacitatea Concor AM la copii și la adolescenți cu vârsta mai mică de 18 ani nu au fost stabilite. Nu sunt disponibile date. **Mod de administrare:** Concor AM trebuie administrat dimineața, cu sau fără alimente, fără a fi mestecat. **Contraindicații:** **Legate de amlodipină:** hipotensiune arterială severă; șoc (inclusiv șoc cardiogen); obstrucție a tractului de eiecție al ventriculului stâng (de exemplu, stenoză aortică cu grad mare); insuficiență cardiacă hemodinamic instabilă după infarct miocardic acut. **Legate de bisoprolol:** insuficiență cardiacă acută sau în timpul episoadelor de decompensare a insuficienței cardiace ce necesită tratament inotrop pozitiv administrat i.v.; șoc cardiogen; bloc atrio-ventricular (BAV) de gradul II sau III (fără pacemaker); sindromul sinusului bolnav; bloc sino-atrial; bradicardie simptomatică; hipotensiune arterială simptomatică; astm bronșic sever; forme severe ale arteriopatiei obliterante periferice sau forme severe ale sindromului Raynaud; feocromocitom netratat; acidoză metabolică. **Legate de Concor AM:** hipersensibilitate la amlodipină, derivați de dihidropiridină, bisoprolol și/sau oricare dintre excipienți. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare:** **Legate de amlodipină:** Siguranța și eficacitatea amlodipinei în crizele hipertensive nu au fost stabilite. **Pacienți cu insuficiență cardiacă:** Pacienții cu insuficiență cardiacă trebuie tratați cu precauție. Blocanțele canalelor de calciu, incluzând amlodipina, trebuie utilizate cu precauție la pacienții cu insuficiență cardiacă congestivă, deoarece acestea pot crește riscul evenimentelor cardiovasculare viitoare și mortalitatea. **Utilizarea la pacienți cu insuficiență hepatică:** Timpul de înjumătățire plasmatică prin eliminare al amlodipinei este prelungit și valorile ASC sunt mai mari; nu au fost stabilite recomandări cu privire la doze. Prin urmare, amlodipina trebuie administrată cu precauție la acești pacienți. La pacienții cu insuficiență hepatică severă poate fi necesară monitorizarea atentă. **Utilizarea la pacienții vârstnici:** La vârstnici, creșterea dozei trebuie să se facă cu precauție. **Utilizarea în insuficiență renală:** Amlodipina poate fi administrată în doze normale la acești pacienți. Amlodipina nu este dializabilă. **Legate de bisoprolol:** Cu excepția cazurilor în care este neapărat necesară, întreruperea tratamentului cu bisoprolol nu trebuie făcută brusc, mai ales la pacienții cu cardiopatie ischemică, deoarece aceasta poate determina agravarea tranzițorie a afecțiunii. Bisoprololul trebuie utilizat cu atenție deosebită la pacienții cu hipertensiune arterială sau angină pectorală și insuficiență cardiacă asociată. Bisoprololul trebuie utilizat cu precauție la pacienții cu diabet zaharat ce prezintă fluctuații mari ale valorilor glicemiei deoarece pot fi mascate simptomele hipoglicemiei (de exemplu: tahicardie, palpitații sau diaforeză); la pacienții cu regim alimentar strict; la pacienții cărora li se efectuează tratament de desensibilizare; la pacienții cu angină Prinzmetal; la pacienții cu arteriopatie obliterantă periferică (mai ales la începutul tratamentului, poate să apară agravarea simptomelor); la pacienții cu psoriazis sau cu antecedente de psoriazis;  $\beta$ -blocanțele (de exemplu: bisoprolol) pot fi administrate doar după evaluarea atentă a raportului dintre beneficiile terapeutice și riscurile posibile. Simptomele tirotoxicozei pot fi mascate în timpul tratamentului cu bisoprolol. Bisoprololul nu trebuie administrat la pacienții cu feocromocitom înainte de realizarea blocadei receptorilor  $\alpha$ . La pacienții aflați sub anestezie generală blocada receptorilor  $\beta$  reduce incidența aritmiilor și ischemiei miocardice în timpul inducției și intubației și în perioada postoperatorie. Se recomandă în mod curent ca blocada receptorilor  $\beta$  să fie menținută și perioperator. Dacă se consideră necesară întreruperea tratamentului cu  $\beta$ -blocant înainte intervenției chirurgicale, aceasta trebuie făcută treptat și terminată cu 48 ore înainte anesteziei. Cu toate că  $\beta$ - $\beta$ -blocanțele selective (beta 1) pot avea un efect mai mic asupra funcției pulmonare decât  $\beta$ - $\beta$ -blocanțele neselctive, la fel ca toate  $\beta$ -blocanțele, acestea ar trebui evitate la pacienții cu afecțiuni obstructive ale căilor respiratorii, cu excepția cazului în care există motive clinice întemeiate pentru utilizarea lor. În cazul în care astfel de motive există, Concor AM poate fi folosit, cu precauție. În cazul existenței astmului bronșic sau a bronhopneumopatiei obstructive cronice, ce pot determina simptome, se recomandă asocierea tratamentului bronhodilatator. Ocazional, la pacienții cu astm bronșic poate să apară creșterea rezistenței căilor aeriene, de aceea poate fi necesară creșterea dozei de  $\beta_2$  stimulante. **Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune:** **Legate de amlodipină:** Efecte ale altor medicamente asupra amlodipinei: inhibitori ai CYP3A, inductori ai CYP3A4, dantrolen (perfuzie). Nu este recomandată administrarea amlodipinei cu grefnăt sau suc de grefnăt deoarece biodisponibilitatea poate fi crescută la unii pacienți, ceea ce determină amplificarea efectelor de scădere a tensiunii arteriale. Efecte ale amlodipinei asupra altor medicamente: tacrolimus, ciclosporină, simvastatină. Efectul de scădere a tensiunii arteriale al amlodipinei potențează efectul de scădere a tensiunii arteriale al altor medicamente cu proprietăți antihipertensive. **Legate de bisoprolol:** Asocieri nerecomandate: antagoniști ai calciului din grupa verapamilului și, în mai mică măsură, din grupa diltazemului; medicamente antihipertensive cu acțiune centrală cum sunt clonidina, metildopa, moxonidina, nilmeridina. Asocieri ce trebuie utilizate cu precauție: antagoniști ai calciului din grupa dihidropiridinelor cum este nifedipina; medicamente antiaritmice din clasa I; medicamente antiaritmice din clasa III; medicamente parasimpaticomimetice; medicamente  $\beta$ -blocante cu administrare locală (de exemplu: picături oftalmice); insulină și antidiabetice orale; medicamente anestezice; glicozide digitale; medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS); medicamente  $\beta$ -simpatomimetice (de exemplu: isoprenalină, dobutamină); simpatomimetice ce activează atât receptori  $\alpha$  cât și  $\beta$ -adrenergici (de exemplu: norepinefrină, epinefrină); alte medicamente antihipertensive sau medicamente cu potențial hipotensiv (de exemplu: antidepressive tricyclice, barbiturice, fenotiazine. **Asocieri ce trebuie evitate în vedere:** mefloquină; inhibitori ai monoaminooxidazei (cu excepția MAO-B). **Fertilitatea, sarcina și alăptarea:** **Sarcina:** Administrarea Concor AM nu este recomandată în perioada de sarcină, decât dacă este neapărat necesară. **Alăptarea:** nu este recomandată în timpul administrării Concor AM. **Fertilitatea:** Nu există date privind fertilitatea la om pentru medicamentul sub formă de combinație în doză fixă. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje:** Amlodipina are o influență ușoară sau moderată asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje. Cu toate acestea, din cauza variațiilor individuale ale reacțiilor la administrarea medicamentului, un efect asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje nu poate fi exclus. Acesta trebuie evitat în vedere mai ales la începutul tratamentului sau atunci când este schimbat medicamentul administrat precum și în cazul consumului de alcool etilic. **Reacții adverse:** **Legate de amlodipină:** Cele mai frecvente reacții adverse raportate în timpul tratamentului sunt: somnolență, amețeli, cefalee, palpitații, înroșirea feței, durere abdominală, greață, umflarea gleznelor, edem și oboseală. **Foarte frecvente:** edeme. **Frecvente:** somnolență, amețeli, cefalee (mai ales la inițierea tratamentului); tulburări vizuale (inclusiv diplopie); palpitații; înroșirea feței; dispnee; dureri abdominale, greață, dispepsie; alterări intestinale (inclusiv diaree și constipație); umflarea gleznelor; crampe musculare; fatigabilitate, astenie. **Mai puțin frecvente:** depresie, schimbări ale dispoziției (inclusiv anxietate), insomnie; tremor, disgeuzie sincopă, hipoestezie, paresterie; tinitus; aritmie (inclusiv bradicardie, tahicardie ventriculară și fibrilație atrială); hipertensiune arterială; tuse, rinită; vărsături, xerostomie; alopecie, purpură, depigmentare a pielii, hiperhidroză, prurit, înfățișare tricoloră a pielii, exantem, urticarie; artralgie, mialgie, dureri; tulburări de micțiune, nicturie, frecvență urinară crescută; impotență, ginecomastie; dureri toracice, durere, stare generală proastă; creștere în greutate, scădere în greutate. **Rare:** cefalgie. **Foarte rare:** iscemie, trombotocopenie; reacții alergice; hiperpigmentare; hipertonie; neuropatie periferică; infarct miocardic; aritmie; vesiculă; pancreatită; gastrită; hiperplazie gingivală; hepatită\*, icter\*, eritem hepatic eruziv\*, angioedem, eritem multiform, dermatită exfoliativă, sindrom Steven-Johnson, edem Quinck, fotosensibilitate. **Cu frecvență necunoscută:** necroză epidermică toxică. \*În cele mai multe cazuri cu colestază. Au fost raportate cazuri excepționale de sindrom primar. **Legate de bisoprolol:** **Frecvente:** amețeli\*\*, cefalee\*\*, senzație de rece sau amorțelă la nivelul extremităților; tulburări gastro-intestinale cum sunt greață, vărsături, diaree, constipație; oboseală\*\*. **Mai puțin frecvente:** depresie, tulburări de somn; tulburări de conducere AV, degerături a insuficienței cardiace pre-existente, bradicardie; hipertensiune arterială; bronhospasm la pacienții cu astm bronșic sau cu afecțiuni obstructive ale căilor pulmonare în antecedente; slăbiciune musculară și crampe musculare, astenie\*\*. **Rare:** creșterea valorilor serice de trigliceride, coșmaruri, halucinații; sincopă; scăderea secreției lacrimale (trebuie avut în vedere dacă pacientul poartă lentile de contact); deficiențe de auz; rinită alergice; hepatită; reacții de hipersensibilitate cum sunt prurit, eritem facial tranzitoriu, erupție cutanată tranzitorie; impotență; creșterea valorilor enzimelor hepatice (ALAT, ASAT). **Foarte rare:** conjunctivită; alopecie,  $\beta$ -blocanțele pot provoca sau agrava psoriazisul sau pot provoca reacții cutanate asemănătoare psoriazisului. \*\*Aceste simptome apar mai ales la începutul tratamentului. Sunt în general ușoare și adesea dispar după 1-2 săptămâni. **Supradozaj:** **Legat de amlodipină:** Datele disponibile sugerează că supradozajul poate determina vasodilatație periferică excesivă și posibil tahicardie reflexă. A fost raportată hipotensiune arterială sistemică prelungită puternică până la șoc cu stăpni letal. **Legat de bisoprolol:** Cele mai frecvente semne ale supradozajului cu  $\beta$ -blocante sunt bradicardia, hipotensiune arterială, bronhospasmul, insuficiență cardiacă acută și hipoglicemia. Până în prezent au fost raportate câteva cazuri de supradozaj cu bisoprolol la hipertensiune arterială și/sau boală ischemică cardiacă; au fost semnificate bradicardie și/sau hipertensiune arterială. **Perioada de valabilitate:** 3 ani. **Precauții speciale pentru păstrare:** A nu se păstra la temperaturi peste 30°C. A se păstra în ambalajul original pentru a fi protejat de lumină. **Ambalaj:** Cutie de carton cu bisterie din CPA-N-PVC/Ai conținând 30 comprimate. **Deținătorul autorizației de punere pe piață:** HROCK K.K., Frankfurter Strasse 250, 61293 Darmstadt, Germania. **Data reînnoirii autorizației:** Martie 2016. **Data revizuirii textului:** Mai 2018. Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală-PB. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Înainte de prescriere, vă rugăm să consultați RO-U medicamentului. **Data întocmirii materialului:** Martie 2019.



**HOTEL**  
**CALIMĂNEȘTI**  
**CĂCIULATA**



11-14 aprilie 2019

# Congresul Național DE MEDICINĂ INTERNĂ



ELLA Congress&Events

Secretariat organizatoric

**ELLA Congress&Events**  
tel.: 021.315.6511

ÎNSCRIERI

[www.srmi.ro/cnmi2019](http://www.srmi.ro/cnmi2019)

## CONTACT

WEBSITE: [www.srmi.ro](http://www.srmi.ro)  
PERSONA DE CONTACT: Bianca Filip

PHONE: 0748.100.284  
EMAIL: [bianca.filip@ella.ro](mailto:bianca.filip@ella.ro)

# Medicul de familie și drumurile pacientului respirator

Medicul de familie din România are fără doar și poate o multitudine de probleme, o presiune crescută din partea pacienților și a autorităților. Multitudinea bolnavilor-adulți, copiii, timpii de examinare uneori scurți, listele lungi de așteptare sunt tot atâtea provocări pentru aceștia. Bolnavul respirator se detașează din acest noian de pacienți prin nenumărate caracteristici care ar trebui oarecum să simplifice luarea lui în evidență; este cel mai adesea un bărbat, peste 40-45 de ani, fumător sau cu expunere profesională. Și totuși cel cu o potențială afecțiune respiratorie poate fi sau rămâne o provocare, o capcană diagnostică, un caz de malpraxis sau un moment de satisfacție majoră. Există în general două simptome respiratorii comune majore: tusea și dispneea. Dacă mă gândesc că ele sunt prezente, deranjante și la bolnavul cardiac, că pot fi și mimate deja se conturează probleme de orientare spre unul din aceste servicii specializate.



Prof. Dr. Florin Mihălțan

Institutul de Pneumologie  
Marius Nasta-București

**D**acă privim doar bolnavul de BPOC sau cu astm bronșic, pneumologii remarcă că momentul depistării bolii este întârziat. Nu este o particularitate românească dar o certitudine există: cu cât bolnavul este depistat mai târziu, cu atât terapia este instituită cu ani de întârziere și acest moment scurtează perioada de supraviețuire a acestora. Care sunt cauzele întârzierii? Printre ele găsim și greșeli făcute la nivel de medicină primară. Cea mai frecventă este momentul apariției unei exacerbări în viața unui astfel de pacient. De obicei primește un antibiotic și indiferent dacă este astmatic sau BPOC există o ameliorare, fără însă a focusa de fapt boala cronică, schițată care se află în spate. Ne mai vorbind de simptomul unic tusea care în loc să aducă pacientul la specialist pentru o radiografie, spirometrie etc. acesta este amortizat cu tot felul de antitusive, simptomatice la nivel de medicină primară.

Legat de cancerul pulmonar o altă provocare pentru sistem în toate țările mii de pacienți ajung la camerele de gardă după ce în prealabil au ajuns la medicii de medicina a familiei. Un studiu realizat de

British Journal of General Practice<sup>(1,2)</sup> a dovedit că 1/3 din bolnavi nu au văzut medicii de familie iar ¼ sunt consultați de cel puțin 3 ori de aceștia anterior. Cauzele sunt multiple: bariere practice, emoționale, de sănătate, vârsta (bătrâni greu transportabili), etc. Cancerul pulmonar este și rămâne printre cele mai dificile diagnostice alături de mielom sau cancerul medular. Și totuși simptome precum spute hemoptoice matinale, o scădere ponderală rapidă, o tuse matinală care-și schimbă caracterul fiind puțin diferită de ceea ce se cheamă tusea tabagică matinală pot fi semne orientative, simptome de alarmă pe care adesea pacientul le neglijează.

Problema antibioticelor este o altă provocare. În țările vestice se pare că medicii din medicina primară sunt mai parcimonioși în indicarea lor. La noi automedicația dar și prescripțiile neadecvate generate pentru infecții banale, adesea virale complică evoluția unor astfel de bolnavi. Și tuberculoza este una din afecțiunile care este uneori temporizată ca evoluție tocmai prin administrarea neadecvată de antibiotice.

Bronșiectaziile sunt o altă categorie de boli respiratorii cronice care sunt subdiagnosticate în România și pe mapamond. Aceste afecțiuni cronice au o expresie banală de debut, în spatele unor acutizări banale care au neșansa din punctul de vedere al precocității diagnosticului să răspundă temporar la cure de antibiotice. Este un alt moment de întârziere diagnostică.

Densitatea medicilor primari pe teritoriul unei țări, mai ales distribuția în zone rurale versus zona urbană ca și veniturile acestora pot influența morbiditatea și mortalitatea și prin boli respiratorii<sup>(3)</sup>. O spune acest studiu american<sup>(3)</sup> dar dacă mă gândesc la unele județe din țară care sunt văduvite de medici de familie putem să extrapolăm această situație și la nivelul țării noastre. Drumurile pacientului respirator sunt mai lungi sau mai scurte în funcție de medicii pe care-i consultă pe parcurs. Medicul de familie rămâne o piesă turnantă în aceste parcursuri diagnostice iar educația, formarea, reciclarea sa ca și acceptul de a lucra în echipe multidisciplinare poate fi rezolvarea care să grăbească identificarea precoce a unei liste lungi de afecțiuni cronice respiratorii. Pneumologii au făcut acești pași prin programe educaționale organizate de-a lungul timpului și doresc să rămână întotdeauna în circuitul diagnostic și să fie colaboratori apropiați ai medicilor de familie indiferent în ce zonă țării se vor afla.

## Bibliografie

1. Peter Russell. Are Primary Care Physicians Missing Cancer Symptoms? - Medscape - Apr 26, 2017.
2. Abel G et al -Emergency diagnosis of cancer and previous general practice consultations: insights from linked patient survey data, British Journal of General Practice Cancer Research UK Royal College of General Practitioners (RCGP)
3. Sanjay Basu et al.-Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005-2015-JAMA Intern Med. Published online February 18, 2019. doi:10.1001/jamainternmed.2018.7624

Pacientul cu BPOC trimis la reevaluare către **Medicul Specialist** poate beneficia de **Symbicort® 160/4,5 micrograme Suspensie de Inhalat Presurizată x 120 doze**, cea mai recentă formă farmaceutică, ușor de utilizat și cu efect rapid<sup>2</sup>.



*vei număra clipele frumoase,  
nu respirațiile*



Indicație în:

BPOC (Cod boală 526)	DA
ASTM (Cod Boală 527)	NU
Număr de doze	120
Mod de administrare	2 inhalații x 2/zi
Compensare CNAS	DA
Suținere Infotreat*	DA

1. Respir Med. 2007 Nov;101(11):2395-401. Epub 2007 Jul 12.

2. Study 0748. Lindberg A, et al. Respirology 2007; 12: 732-739

\* Compensare CNAS și singura formă de Symbicort cu susținere AstraZeneca prin programul Infotreat; coplata pacient 70 lei/lună

AstraZeneca 

**DIFERENȚA O FACE**

**Symbicort®**  
budesonidă/formoterol

**Denumirea comercială:** Symbicort 150 micrograme/4,5 micrograme inhalatție suspensie de inhalat presurizată. **Compoziția calitativă și cantitativă:** Fiecare doză administrată (doza care este eliberată prin clicul bucal) conține: budesonidă 150 micrograme/inhalatție și formoterol 4,5 micrograme/inhalatție. Această este echivalentă cu o doză măsurată care conține budesonidă 200 micrograme/inhalatție și formoterol de formoterol dintr-un micrograme/inhalatție. **Indicații terapeutice:** Bronhopneumopatie obstructivă cronică (BPOC); Symbicort este indicat adult și vârstă de 12 ani și peste. În tratamentul simptomatic al pacienților cu BPOC cu volumul expirat maxim în prima secundă (VEMS) > 70% din valoarea normală prezintă (post-bronhodilatator) și ameliorarea de exacerbări repetate în perioada sezonului rece sau la bronhodilatator cu durată lungă de acțiune. **Doze și mod de administrare:** Inhalator. **BPOC:** Doza recomandată: Adult: 2 inhalări de două ori pe zi. **Informații generale:** Grupul special de pacienți: Nu este necesară ajustarea dozei la pacienți vârstnici. Nu există date disponibile cu privire la utilizarea Symbicort la pacienții cu insuficiență hepatică sau renală. Intruziunea mecanică principală de eliminare a budesonidului și formoterolului este metabolizarea hepatică, o expunere crescută poate fi cauzată în cazul pacienților cu insuficiență hepatică severă. Copii și adolescenți: Nu există date relevante privind utilizarea Symbicort 150 micrograme/4,5 micrograme la copii cu vârsta de 11 ani și mai mică și adolescenți cu vârsta de 12-17 ani ca tratament simptomatic în BPOC. **Instrucțiuni pentru utilizarea corectă a Symbicort.** La fiecare inhalatție de Symbicort, un volum de suspensie este împușcat din flacon cu viteză crescută. În momentul inhalării de către pacient prin pielea bucală, în același timp cu acțiunea inhalatului, subțierea va scindea aerul lăsat până la nivelul căilor respiratorii. Pentru a asigura depunerea substanței active la nivelul plămânilor, albeșterea din doză trebuie conținută în inhalarea ei. Nu există date suficiente pentru a susține utilizarea unui spacer pentru a facilita administrarea. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la substanța activă sau la orice dintre excipienți. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare:** Pacienții trebuie să citească cu atenție instrucțiunile în orice moment înhalatorului la nevoie. Pacienții trebuie să se fie familiarizați recomandarea administrării zilnice a Symbicort, conform prescripției, chiar și în perioadele asimptomatice. Se recomandă ca tratamentul cu Symbicort să nu fie oprit fără supravegherea unui medic. Dacă tratamentul este considerat ineficace de către pacient, trebuie solicitat consultul medical. Deteriorarea bruscă și progresivă a controlului BPOC poate pune în pericol și pacientul trebuie să fie de urgență unui evaluator medical. În această situație, trebuie luată în considerare necesitatea unei terapii mai agresive cu corticosteroid, de exemplu o cură cu corticosteroid pe cale orală sau terapie cu antibiotic în cazul prezentei unei infecții. Nu sunt disponibile studii clinice cu Symbicort la pacienți cu BPOC și VEMS pre-bronhodilatator >50% din valoarea normală prezintă și VEMS post-bronhodilatator <70% din valoarea normală prezintă. Similare celorlalte terapii administrate inhalator, este posibilă apariția bronhopneumopatiei paradoxale, cu intensificarea imediată a wheezing-ului și dificultății la respirație după administrarea dozei. Dacă pacientul prezintă bronhopneumopatie paradoxală, administrarea Symbicort trebuie întreruptă imediat; tratamentul trebuie reevaluat și, dacă este necesar, se instituie o terapie alternativă. Bronhospasmul paradoxal răspunde la bronhodilatatori cu acțiune rapidă și trebuie tratat imediat. Pot apărea reacții adverse sistemice la corticosteroidi inhalatori, în special la doze mari, prezente pe perioade lungi de timp. Aceste reacții adverse apar mai puțin des decât în cazul corticosteroidilor administrați pe cale orală. Reacțiile adverse sistemice posibile includ sindrom Cushing, creșterea nivelului cushingoid, supresia glandei suprarenale, retard de creștere la copii și adolescenți, scăderea densității osoase, cataractă, glaucom și mai rar, un palier de efecte psihologice sau de comportament, inclusiv hiperactivitate psihomotorie, tulburări de somn, anxitate, depresie, agresiune (mai ales la copii). Posibilele efecte asupra densității minerale osoase trebuie luate în considerare, în special la pacienții aflați în tratament de lungă durată și cu doze mari care prezintă factori de risc sociali și genetic. Se află pe termen lung cu budesonidă administrată pe cale inhalatorie în cazul în care măriri de doze mari de 400 micrograme (doza măsurată) sau în adult în doze zilnice de 800 micrograme (doza măsurată) nu au demonstrat efecte semnificative asupra densității minerale osoase. Nu sunt disponibile informații cu privire la efectul Symbicort în doze mai mari. Dacă există viziuni duble de a presupune că funcția glandelor suprarenale este afectată datorită unei expuneri sistemice întinse cu corticosteroid, se recomandă prudență în schimbarea tratamentului cu Symbicort. Beneficiile terapiei inhalatorii cu budesonidă se reflectă în mod normal în incursiunile sezoniere ale atacurilor corticosteroidilor orali, dar pacienții care sunt transferați de pe tratament cu corticosteroidi orali pot rămâne cu riscul afectării funcției suprarenale pentru o perioadă considerabilă de timp. Dacă întreprinderea tratamentului cu corticosteroidi sistemici, recuperarea poate necesita o perioadă lungă de timp și, de aceea, pacienții corticosteroid-dependenți la care se înregistrează posibilele simptome cu budesonidă administrată inhalator pot fi considerată pacienți cu risc de efecare a funcției glandei suprarenale pentru o perioadă lungă de timp. În aceste circumstanțe, trebuie monitorizată riguros funcția axii hipotalamice-hipofizice-corticosteroidienilor. Tratamentul de lungă durată cu doze mari de corticosteroidi inhalatori, în special cu doze mai mari decât cele recomandate, poate duce la supresia, în absența și/sau după o perioadă de uzare a simptomei somatice și/sau psihice. Prin urmare, o terapie aditivă cu corticosteroidi sistemici trebuie luată în considerare în timpul perioadelor de stres, cum sunt infecții severe sau intervenții chirurgicale programate. Reducerea (oprire) a dozei de corticosteroidi poate induce o erupție suprainflamatorie acută. Simptomele și simptomele care pot fi observate în erupție suprainflamatorie acută pot fi cefalee vagă, dar pot include anorexie, durere abdominală, scădere în greutate, oboseală, căderea, greață, vărsături, modificări ale stării de conștiență, confuzie, hiperemisie urinară și hipotensiune. Nu se recomandă întreruperea bruscă a tratamentului cu corticosteroidi sistemici și/sau cu corticosteroidi sistemici adjuvanți. În timpul schimbării tratamentului de la terapia orală la Symbicort, poate fi necesară o scădere a dozei corticosteroidilor sistemici, care poate duce la apariția de simptome alegerice sau aritice, cum sunt iritație, erupție și durerea în articulații și articulații. În astfel de cazuri trebuie utilizat un tratament specific. În cazul unei, la apariția unor simptome, cum sunt oboseală, căderea, greață și vărsături, se poate suspecta un efect inhibitor al glucocorticosteroidilor sistemici. În aceste cazuri este necesar o creștere temporară a dozei de glucocorticosteroidi sistemici. Pentru a reduce la minim riscul apariției unei infecții bacteriene, pacienții trebuie să fie atenți să își clătească gura cu apă după inhalarea dozei. Trebuie evitat tratamentul concomitent cu tetracicline și tinidazol și tinidazol sau alți inhibitori ai pomului CYP3A4. Dacă acest lucru nu este posibil, intervalul de timp dintre administrarea medicamentelor care interacționează trebuie prelungit pe cât posibil. Symbicort trebuie administrat cu precauție la pacienții cu insuficiență renală, insuficiență hepatică, hipocalemie netă, cardiopneumopatie obstructivă, afecțiuni aritice cardiovasculare idiopatice, hipertensiune arterială severă, anemie sau alte afecțiuni cardiovasculare severe, cum sunt boala cardiacă ischemică, tahicardie sau insuficiență cardiacă severă. Tratamentul pacienților cu interval QT prelungit trebuie făcut cu precauție. Formoterolul în sine poate induce prelungirea intervalului QT. Necesitatea administrării precu și dozei de corticosteroidi inhalatori trebuie reevaluată la pacienții cu tuberculoză pulmonară activă sau latentă, precum și la cei cu infecție fungică sau virus ale căilor respiratorii. Hipocalemia potențial gravă poate să apară ca urmare a administrării de doze mari de agonști beta-adrenergici. Tratamentul concomitent cu agonști beta-adrenergici și medicamente care pot induce hipocalemie sau pot potenția un efect hipocalemic, de exemplu derivați xantini, steroidi și diuretice, poate contribui la un posibil efect hipocalemic al agonștilor beta-adrenergici. În aceste cazuri, este recomandată ca valorile potasiului să fie monitorizate. Similare tuturor agonștilor beta-adrenergici, trebuie luate în considerare simptomele suplimentare ale glicemiei la pacienții cu diabet zaharat. Tulburările de vedere pot apărea în cazul utilizării sistemice și locale de corticosteroidi. Dacă pacientul se prezintă cu simptome cum sunt vedere încețoșată sau alte tulburări de vedere, trebuie luată în considerare trimiterea sa la un oftalmolog pentru evaluarea cauzelor, posibilele care pot include cataractă, glaucom sau boli rare, precum corectivitatea centrală lăsmă (CRSC), care nu sunt raportate după utilizarea sistemice și topică de corticosteroidi. Pneumonia la pacienții cu BPOC și-a observat o creștere a incidenței pneumoniei, inclusiv a pneumoniei care necesită spitalizare, la pacienții cu BPOC care urmau tratament cu corticosteroidi administrați prin inhalare. Există unele dovezi de creștere a riscului de pneumonie datorită creșterii dozei de steroidi, dar acestea trebuie să nu fie demonstrată în mod clar în studiile efectuate. Nu există dovezi clinice concludente în ceea ce privește diferențele în cadrul acestei clase de medicamente în ceea ce privește apariția riscului de pneumonie în rândul producătorilor administrați prin inhalare care conțin corticosteroidi. Medicii trebuie să își păstreze vigilența pentru depistarea posibilei apariții de pneumonie la pacienții cu BPOC, deoarece caracteristicile clinice ale acestor infecții și simptomele de exacerbare a BPOC se suprapun. Factori de risc pentru pneumonie la pacienții cu BPOC includ fumatul în prezent, vârsta înaintată, indice de masă corporală (IMC) scăzut și BPOC severă. **Fertilitate, sarcina și alăptare:** Sarcina: Nu sunt disponibile date clinice privind expunerea în timpul sarcinii la administrarea Symbicort sau la tratamentul concomitent cu formoterol și budesonidă. Datele dintr-un studiu de dezvoltare embrio-fetală la șoareci nu au arătat niciun efect aditiv al utilizării combinate. Nu există date adecvate privind utilizarea formoterolului la femeile gravide. În studii privind efectele asupra funcției de reproducere la șoareci, formoterolul a provocat reacții adverse, la vârstă foarte mică sau expuneri sistemice. Date cu privire la expunerea 2000 de saizi expuse nu au indicat creșterea riscului teratogen alizant utilizării budesonidului pe cale inhalatorie. În studiile la animale, glucocorticoidii au demonstrat o influență asupra dezvoltării. Acest fapt nu pare a avea relevanță în cazul dozei recomandate la om. De asemenea, studiile la animale au indicat o creștere a mortalității datorită glucocorticoidilor în creșterea riscului de infirmitate a creșterii și dezvoltării, de boli cardiovasculare la vârsta adultă și de modificări permanente ale densității receptorilor pentru glucocorticoidi, ale turnover-ului neurotrofinilor și ale comportamentului. La expuneri înalte sunt observate la doze teratogene. În timpul sarcinii, Symbicort trebuie utilizat numai în cazul în care beneficiile depășesc riscurile potențiale. Alăptare: Budesonidul este excretat în laptele matern. Cu toate acestea, la doze terapeutice, nu s-a înregistrat niciun efect asupra copilului alăptat. Nu se știe dacă formoterolul trece în laptele matern. La șobolani, au fost detectate cantități mici de formoterol în laptele matern. Administrarea Symbicort la femeile care alăptează trebuie luată în considerare numai dacă beneficiul potențial mamei este mai mare decât riscurile posibile pentru sugar. **Fertilitate:** Nu există date disponibile privind potențialul efect al budesonidului asupra fertilității. Studiile privind efectele formoterolului asupra funcției de reproducere la animale au evidențiat. În cazul expunerii sistemice, reducerea numărului de embrioni grași a femelelor și scăderea numărului de embrioni grași și fertilității la șobolani masculi. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilități:** Symbicort nu are influență sau are o influență neglijabilă asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilități. **Reacții adverse:** Dozarea Symbicort prin calea inhalatorie, poate să apară o reacție la doza administrată ca și cel raportat în cazul acestor medicamente administrate. Nu a fost observat o înălțare crescută a reacțiilor adverse concomitent administrării concomente a celor doi compuși. Cele mai frecvente reacții adverse legate de medicamente sunt: nerezolvabile de reacție adverse prezicibile ale terapiei β<sub>2</sub>-agoniste, cum sunt tremurul și palpitațiile. Acestea tind să fie ușoare și dispare în mod obișnuit în decurs de câteva zile de tratament. Reacțiile adverse care au fost asociate budesonidului sau formoterolului, sunt prezentate mai jos, clasificate pe organ, sistem și organ și organ și în funcție de frecvență. Frecvența se definește ca: foarte frecvent (≥1/10), frecvent (≥1/100 și <1/10), mai puțin frecvent (≥1/1000 și <1/100), rar (≥1/1000 și <1/100) și foarte rar (<1/1000). **Infecții și infirmități:** Frecvență: Infecții candidozice orofaringiene, pneumonie (la pacienți cu BPOC); Tulburări ale sistemului imun: rare reacții de hipersensibilitate înaltă și înfuriată, de exemplu, exantem, urticarie, pruritus, dermatită, angioedem și reacție anafilactică; Tulburări indolente: foarte rare: sindrom Cushing, supresia glandei suprarenale, înfrângerea creșterii, scăderea densității minerale osoase, Tulburări metabolice și de nutrieție, rare: hipocalemie; foarte rare: hiperemisie; Tulburări psihice: mai puțin frecvente: agresiune, hiperactivitate psihomotorie, anxietate, subituri de somn, foarte rare: depresie, tulburări de comportament (mai ales la copii); Tulburări ale sistemului nervos: frecvente: cefalee; tremor; mai puțin frecvente: amețeli, foarte rare: tulburări ale gustului; Tulburări oculare: foarte rare: cataractă și glaucom; Mai puțin frecvente: vedere încețoșată; Tulburări cardiace: foarte rare: tahicardie; foarte rare: tahicardie; rare: aritmii cardiovasculare; rare: aritmii cardiovasculare, de exemplu, fibrilație atrială, tahicardie supraventriculară, extrasistole foarte rare: aritmii peptonice, prelungirea intervalului QT; Tulburări vasculare: foarte rare: varicelă teratogenică; Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale: frecvente: iritație ușoară la nivelul faringelui, huse, răgușeală, rare: bronhopneumopatie; Tulburări gastrointestinale: mai puțin frecvente: iritație; Alăptare: tulburări și ale sistemului digestiv: mai puțin frecvente: eructație; rare: diaree; Tulburări musculare și scheletice și ale țesutului conjunctiv: mai puțin frecvente: crampe musculare; Infecții candidozice orofaringiene sunt datorate depunerii medicamentului la acest nivel. Săturația pacientului să-și clătească gura după fiecare doză va minimiza riscul. Infecțiile candidozice orofaringiene răspund, de regulă, la tratamentul local antifungic fără a necesita întreruperea corticosteroidului administrat pe cale inhalatorie. Similare celorlalte terapii administrate inhalator, poate apărea, în cazul tratării rare, care afectează mai puțin de 1 din 1000 pacienți, bronhopneumopatie paradoxală, cu intensificarea imediată a wheezing-ului și apariția dificultății la respirație după administrarea dozei. Bronhospasmul paradoxal răspunde la bronhodilatatori cu acțiune rapidă administrate inhalator și trebuie tratat imediat. Administrarea Symbicort trebuie întreruptă imediat, tratamentul trebuie reevaluat și, dacă este necesar, se instituie o terapie alternativă. Reacțiile adverse sistemice ale corticosteroidilor administrați pe cale inhalatorie pot apărea. În special, la doze mari prezente pe perioade lungi de timp. Probabilitatea ca apară a acestor efecte este mult mai mică decât în cazul corticosteroidilor administrați oral. Posibilele reacții adverse sistemice includ sindromul Cushing, creșterea nivelului cushingoid, supresia glandei suprarenale, retard de creștere la copii și adolescenți, scăderea densității minerale osoase, cataractă și glaucom. Mai pot apărea simptomele asociate la infecții și scăderea capacității de a conduce la stres. Aceste reacții sunt probabil dependente de doză, timpul de expunere, expunerea concomitentă sau anterioră la corticosteroidi și sensibilitatea individuală. Tratamentul cu β<sub>2</sub>-agonști poate avea ca rezultat creșterea vârstelor plasmatice ale insulinei, acizilor grași liberi, glicerolului și corpilor cetoni. Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Raportările de reacții adverse suspectate sunt raportate prin intermediul sistemului național de raportare, sau către departe sau publicate pe site-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale <http://www.anm.ro>. **Definitorul autorizației de punere pe piață:** AstraZeneca AB, SE-15185 Södertälje, Suedia. **Data revizuirii textului, octombrie 2017.** Acest medicament se eliberează numai pe baza de prescripție medicală P6L. Pentru informații complete de prescriere vă rugăm contactați AstraZeneca Pharma SRL, Bucharest Business Park-0, et.1, str. Menuetului nr.12, 013713, București. Tel: +4021 317 60 41; Fax: +4021 317 60 52.

Pentru informații suplimentare și rugăm consultă Rezumatul Caracteristicilor Produsului.

Acest material este destinat profesioniștilor în domeniul sănătății.

Acest produs se eliberează doar pe baza prescripției medicale.

RO-4074/03.2019

**AstraZeneca**  
 ASTRAZENECA PHARMA S.R.L.  
 Bucharest Business Park  
 Str. Menuetului nr. 12, corp D, etajul 1,  
 013713, sector 1, București  
 Tel.: +40 21 317 60 41; Fax: +40 21 317 60 53



1. Alginatul de sodiu din Dicarbogel Reflux formează o barieră protectoare (dop biopolimer) deasupra conținutului stomacului, oprind astfel acidul gastric să pătrundă în esofag.
2. Bicarbonatul neutralizează conținutul gastric acid.
3. Nalbă și mușețelul formează o barieră protectoare și cicatrizantă a mucoasei gastrice.

**Formulă unică**  
cu extracte naturale vegetale

**Varianta fără coloranți și conservanți**

# Dicarbogel Reflux

alginat de sodiu 250mg, bicarbonat de sodiu 140mg

- ✓ atenuează senzația de arsură în capul pieptului prin alginatul de sodiu
- ✓ neutralizează aciditatea și protejează mucoasa stomacului
- ✓ favorizează cicatrizarea mucoasei prin conținutul de mușețel și nalbă



Compania Farmaceutică AC HELCOR®  
Divizia de Vitamine și Suplimente alimentare BIOSUNLINE®  
www.biosunline.ro

Acțiunile este un supliment alimentar. Cită cu atenție informațiile de pe ambalaj.



## Vermistop®

susține sănătatea  
tractului digestiv  
în infecții și parazitoze



Compania Farmaceutică AC HELCOR®  
Divizia de Vitamine și Suplimente alimentare BIOSUNLINE®  
www.biosunline.ro

Acțiunile este un supliment alimentar. Cită cu atenție informațiile de pe ambalaj.



# Insuficiența cardiacă

Insuficiența cardiacă nu este o boală. Este faza avansată a multor boli de inimă. Am putea spune a tuturor bolilor de inimă, dacă ele sunt suficient de bine tratate ca să nu dea un accident major într-o fază mai precoce de evoluție și permit atingerea fazei avansate – cea de insuficiență cardiacă.



Prof. Dr. Mircea Cintează

Cardiologie, Spitalul Universitar de Urgență, București

**P**rințipalele categorii de boli de inimă care conduc spre final la insuficiența cardiacă sunt cardiopatia ischemică sub toate formele ei, de menționat în mod particular infarctul de miocard, bolile valvulare, hipertensiunea arterială, tulburările de ritm cronice cu ritm rapid, în special fibrilația atrială, miocarditele, cardiomiopatiile, bolile congenitale. În cazul în care considerăm diabetul zaharat o boală cu componentă cardiovasculară, și acesta conduce la insuficiență cardiacă, atât prin afectarea arterelor coronare, cât și prin afectarea directă a mușchiului cardiac (cardiomiopatia diabetică). Unele boli de plămâni pot conduce la o formă particulară de insuficiență cardiacă dreaptă, cordul pulmonar cronic decompensat. De asemenea, tromboembolismul pulmonar poate conduce la o formă de insuficiență cardiacă dreaptă acută.

Așadar – din simpla enumerare de mai sus rezultă o primă clasificare a insuficienței cardiace: **insuficiența cardiacă acută și insuficiența cardiacă cronică**.

**Insuficiența cardiacă acută** are mai multe clase de gravitate, descrise în special pentru infarctul miocardic acut. Cea mai cunoscută clasificare poartă numele primului din cardiologii americani care

au descris acest fenomen – anume clasele Killip. Clasa Killip I definește o stare de boală fără insuficiență cardiacă, iar clasa cea mai gravă, clasa Killip IV este echivalentă cu șocul cardiogen – cea mai severă formă de insuficiență cardiacă acută.

**Insuficiența cardiacă cronică** a fost descrisă prima dată în detaliu de către o Societate Americană de Cardiologie din orașul New York. Clasele de insuficiență cardiacă cronică sunt denumite NYHA (de la New York Heart Association) și sunt numerotate, în ordinea gravității, de la NYHA I la NYHA IV.

**Tratamentul insuficienței cardiace**, ca de altfel a majorității bolilor existente din toate specialitățile, poate să fie medicamentos, intervențional sau chirurgical. Pentru insuficiența cardiacă cronică, poate avea efect favorabil, în faze mai puțin grave și tratamentul balneofizioterapic, cum se practică, la noi în țară, la Covasna, Tușnad sau Vatra Dornei.

## Tratamentul insuficienței cardiace este preventiv și curativ

**Tratamentul preventiv** are importanță maximă, căci el se adresează bolilor ce cauzează insuficiența cardiacă și, dacă este eficient, oprește sau amână dezvoltarea insuficienței cardiace.

**Tratamentul curativ** medicamentos, intervențional sau chirurgical al cardiopatiei ischemice, inclusiv după infarctul de miocard, tratamentul eficient al hipertensiunii arteriale, tratamentul intervențional sau chirurgical

al bolilor valvulare sau bolilor cardiace congenitale fac parte dintre tratamentele preventive cele mai importante ale insuficienței cardiace.

Există numeroase **tratamente medicamentoase** ale insuficienței cardiace cronice, dar cele mai eficiente medicamente, dovedite că lungesc viața acestor bolnavi, sunt diureticele, inhibitorii enzimei de conversie și beta-blocantele.

Dintre **tratamentele intervenționale** specifice insuficienței cardiace cronice amintim resincronizarea cardiacă și implantul de pompă artificială intracardiacă.

Resincronizarea constă în introducerea a trei electrozi în ventriculul stâng, drept și sinusul coronarian care, cuplați la un dispozitiv stimulator, refac contracția sincronă a celor doi ventriculi în cazul în care sincromnismul fusese pierdut prin evoluția bolii. Resincronizarea poate prelungi durata de viață cu câțiva ani.

Evoluția pompelor artificiale intracardiace a fost spectaculoasă în ultimii ani. Prescurtate VAD (Ventricular Assist Device) ele sunt fixate în ventricul, în special în ventriculul stâng (left)-(LVAD) și propulsează sângele printr-un rotor care este menținut și rotit prin levitație magnetică. În acest fel el nu are frecare față de celelalte componente și necesită o energie minimă. Mai nou, încărcarea bateriilor – fixate subcutanat – se poate face fără fir (wireless) – în camere special concepute în acest scop.

Acest gen de dispozitive mecanice pot înlocui, în acest moment, tratamentul cel mai radical al insuficienței cardiace – transplantul cardiac.



MERCURY  
FREE 

## Tensiometre profesionale

### UM-102

Tensiometru tradițional fără mercur  
**Hibrid** – măsurare **auscultatorie**  
plus display digital



### UM-211

Tensiometru all-in-one  
Măsurare **auscultatorie**  
și **oscilometrică**



### UM-201

Tensiometru ușor de utilizat  
Măsurare **oscilometrică**



# Rinita alergică, între teorie și practică

Rinita alergică este o afecțiune frecventă în zilele noastre, caracterizată prin inflamația mucoasei nazale, cu o prevalență ridicată mai ales în ultimii 20 de ani, datorită mediului din ce în ce mai poluat. Inflamația mucoasei nazale este mediată de imunoglobulinele E și apare datorită unui răspuns imun la contactul repetat cu diverși alergeni, frecvent întâlniți în viața de zi cu zi, precum praful, polenul, acarienii, anumite alimente, medicamente, mucegaiul, înțepăturile de insecte (țânțari, albină, viespe, păianjen), contactul cu diferite substanțe, etc. Acest lucru duce la afectarea calității vieții, chiar dacă nu este o afecțiune care să pună viața pacientului în pericol, cu un impact deosebit de important la nivelul societății, prin costurile foarte mari pe care această problemă le implică, dar și la nivel individual. Din punct de vedere individual poate serios afecta activitatea pe plan fizic, social, sau poate afecta uneori destul de serios chiar și somnul.



**Dr. Miorița Toader**

Medic primar ORL,  
Doctor în științe medicale, Șef secție ORL  
Spitalul Clinic de Urgență Pentru Copii  
Grigore Alexandrescu București

La nivel global afectarea în rândul populației este de aproximativ 10-20%, cu o creștere semnificativă a prevalenței în ultimul timp.

Diagnosticarea acestei afecțiuni cât mai rapid posibil presupune recunoașterea în primul rând a simptomatologiei, fără a fi nevoie a se efectua investigații suplimentare.

Tratamentul acesteia se face în funcție de severitatea simptomelor bolii, și are la bază înțelegerea mecanismului fiziopatologic de apariție.

Alergia este determinată de un răspuns imun mediat de imunoglobulinele E, iar rinita alergică este o inflamație a mucoasei nazale cu infiltrare alcătuită din eozinofile, mastocite și limfocite T care eliberează ca mediatori chemokine și citokine. Hiperreactivitatea nazală nespecifică poate interveni și agrava simptomatologia. Rinosinuzita și astmul prezente ca și comorbidități, pot induce sau pot agrava rinita alergică. Cel mai eficace tratament este categoric evitarea pe cât posibil a expunerii la alergen.

## Cauze

Cauzele rinitei alergice sunt numeroase. Susceptibilitatea genetică reprezintă unul dintre factorii ce intervin din

punct de vedere etiologic în cadrul acestei patologii.

Cel mai frecvent este incriminată expunerea la diverși alergeni, dintre care polenul, praful, mucegaiul, puful, părul de animale, penele, acarienii, detergenții, dizolvantii etc.

Factorii de mediu sunt cei care au un rol deosebit în accentuarea simptomatologiei.

## Clasificare

Ghidul de diagnostic și tratament, cel mai recent, ARIA, clasifică rinita alergică pe baza simptomatologiei și pe afectarea calității vieții.

Din punct de vedere al severității este clasificată în ușoară, medie sau severă, iar din punctul de vedere al duratei simptomatologiei, rinita alergică este clasificată în rinită alergică intermitentă sau persistentă.

O altă clasificare folosită, împarte rinita alergică în:

- sezonieră sau periodică numită și febra fânului
- perenă sau aperiodică
- profesională

## Diagnostic

Diagnosticul de rinită alergică se pune pe seama prezenței simptomatologiei, pe datele de anamneză, pe examenul clinic și pe explorările paraclinice.

Anamneza poate evidenția simptomele prezente, durata simptomelor, dacă acestea dispar în anumite momente sau se exacer-

bează. Datele de anamneză complete aduc informații importante despre terenul atopic al bolnavului, despre existența unui istoric de alergii, astm sau eczemă, un istoric familial. Aproximativ 80% dintre pacienții cu astm alergic în antecedentele personale patologice, au și episoade de rinită alergică. Toate aceste date ne pot îndruma spre un diagnostic pozitiv de rinită alergică. La copiii care provin din părinți cu alergii cunoscute, poate să apară o alergie în procent de aproximativ 50%. O simptomatologie persistentă este apanajul unui factor alergen care este prezent în ambientul zilnic al pacientului, acasă sau la serviciu. Simptomatologia apărută cu intermitență pledează pentru alergii sezoniere, cum ar fi cea la polen, ambrozie, fân, etc.

Examinarea completă ORL a pacientului aduce o serie de date certe de diagnostic. Examenul endoscopic al cavității nazale evidențiază o mucoasă palidă, albăstruie, evidențiază secreții mucoase la nivelul foselor nazale, în meaturi, congestie cu obstrucție nazală, deviație de sept nazal, concha bullosa, sau pot fi depistați chiar polipi.

Dintre investigațiile paraclinice, o importanță deosebită o are biopsia nazală și chiar recoltarea de secreții nazale. Radiomagistica și anume radiografiile, computerul tomograf sau examinarea imagistică prin RMN nu au mare valoare diagnostică în aceste cazuri. De un oarecare ajutor poate fi rinomanometria anterioară sau posterioară sau măsurarea valorii oxidului nitric.

Cel mai important criteriu diagnostic în rinita alergică este efectuarea testelor alergice.



# Nisita®

## SPRAY ȘI UNGUENT

## TANDREȚE ȘI IGIENĂ PENTRU UN NAS SĂNĂTOS

Potrivit pentru femei gravide și sugari  
**Nisita®**

Mentține gradul de hidratare al mucoasei nazale și acționează ca un filtru pentru potențialii agenți iritanți:

- virusuri;
- bacterii;
- alergeni.

De ce **Nisita®**:

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

În prezent alături de testele cutanate sau skin prick, rapide, ieftine, ce pot fi făcute în cabinet, sunt o serie de multe alte teste care vin în sprijinul diagnosticării unei alergii.

Acestea implică însă costuri mai mari dar sunt mult mai complexe.

## Tratamentul

Acesta constă în primul rând în evitarea alergenilor. Există însă și tratament imunoterapeutic și farmacologic. Gravitatea simptomelor, alergenul implicat, impactul asupra calității vieții, duce la alegerea tratamentului. Tratamentul medicamentos farmacologic este ales funcție de simptomele prezente dar și funcție de răspunsul la tratament al pacientului, la tratamentele anterior aplicate.

Există o gamă largă de metode de imunoterapie subcutanată sau sublinguală. Imunoterapia are rolul de a mări limita de la care simptomele de alergii apar după expunerea la anumiți alergeni, indicațiile sale fiind reprezentate de răspunsul negativ la medicație sau chiar de incapacitatea de a face un tratament corect, medicamentos.

Revenind la medicație, antihistaminicele sunt prima opțiune în caz de rinită alergică prin blocarea receptorilor H1. Antihistaminicele de generație mai nouă au un efect rapid, spectaculos asupra simptomelor nazale și oculare. Există și antihistaminice cu administrare locală cu un efect asupra simptomelor, rapid.

O altă clasă de medicație în cazul rinitei alergice este clasa corticosteroidelor.

Aceștia scad hiperreactivitatea la nivel nazal și inflamația. Calea de administrare a acestora este intranasal sau calea sistemică, care este cea folosită cu predilecție în cazul unei rinite cu simptome severe.

La dezobstrucția nazală ajută și o altă clasă de medicamente cum ar fi decongestionantele nazale care acționează pe receptorii alfaadrenergici de la nivelul mucoasei nazale cu producerea unei vasoconstricții. Decongestionantele nazale au efect asupra obstrucției nazale dar nu ajută în combaterea pruritului și a simptomelor oculare.

Medicamentele din grupa anticolinergicelor folosite intranasal scad rinoreea dar nu au efect asupra celorlalte simptome.

Atunci când terapia cu medicamente nu este eficientă se aplică terapia de desensibilizare ce constă în injectarea unor doze progresive de substanțe alergene. Acest lucru se practică în special pentru alergiile la polen sau la acarieni.

Este extrem de important ca în tratarea rinitei alergice și a alergiilor să se evite pe cât posibil contactul cu alergenii, activitatea în aer liber în timpul sezonului cald, precum și folosirea aparatelor de aer condiționat. Persoanele cu alergii la praf, mușcături, acarieni trebuie să facă cât de des posibil curat în locuință sau la locul de muncă.

## Diagnosticul diferențial

Diagnosticul diferențial al rinitei alergice se face cu rinosinuzita acută sau cu cea cronică, cu rinitele hormonale ca cele din sarcină sau rinita din hipotiroidism, rinita medicamentoasă, cu rinitele nonalergice, cu polipoza nazală, cu corpii străini sau cu tumorile endonazale.

## Concluzii

Rinita alergică apare datorită unor reacții imunologice excesive în prezența unor substanțe străine numite alergeni. Gradul de sensibilizare a persoanei precum și cantitatea de alergeni influențează decisiv apariția dar și agravarea simptomelor. La contactul cu alergenul sistemul imunitar declanșează o reacție inflamatorie ce antrenează dilatarea vaselor de sânge de la nivelul mucoasei nazale și implicit crește cantitatea de secreții la acest nivel.

Rinita alergică este asociată frecvent cu conjunctivita dar și cu sinuzita, polipoza nazală, astmul bronșic, etc.

G.L. PHARMA GmbH Reprezentanța în România

GEROT  LANNACH

o business unit of G.L. Pharma GmbH



*Partener  
pe viață*

**Thrombo ASS<sup>®</sup>**

acid acetilsalicilic 50 mg, 75 mg, 100 mg  
comprimate gastrorezistente



## PREVENȚIA MORȚII SUBITE CARDIACE

### SCREENING-UL POATE SALVA O VIAȚĂ

Moartea subită cardiacă (MSC) reprezintă principala cauză a mortalității în timpul activităților fizice intense la tineri. Cel mai frecvent mecanism al apariției MSC este cel aritmic (aritmii ventriculare), care survine în cadrul unor boli congenitale (cardiomiopatia hipertrofică, displazia aritmogenă a ventriculului drept, cardiomiopatia dilatativă sau diverse canalopatii) sau dobândite, care nu au fost sau nu au putut fi diagnosticate la timp. Tulburările de conducere, asemeni sindromului Wolff-Parkinson-White, trebuie luate în considerare. Activitățile sportive cresc riscul de moarte subită cardiacă de 2,8 ori și reprezintă 80% din cauzele deceselor.

### BTL CARDIPOINT® SDS



Eliminarea rezultatelor fals pozitive



Diagnosticare automată a interpretării cu acuratețe de 98%



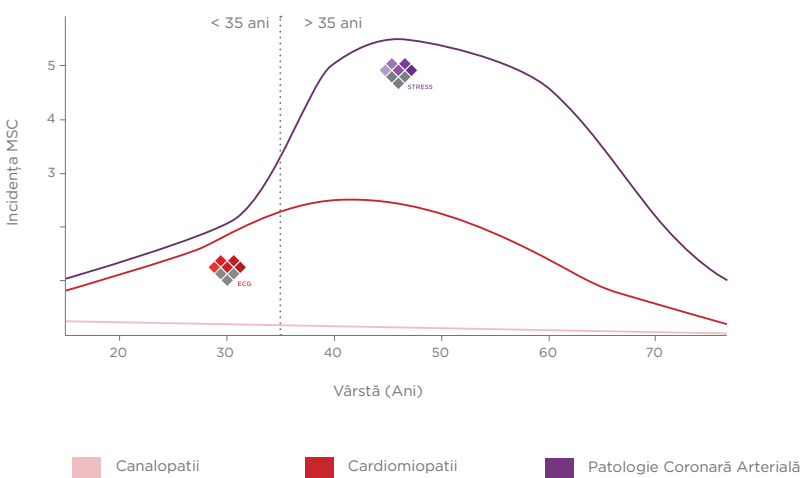
Perspectivă în detaliu a rezultatelor



100% conform Criteriilor Seattle



Evaluare în 5 minute



Ghidurile recente ale Societății Europene de Cardiologie recomandă screening-ul tinerilor înainte efortului fizic susținut pentru prevenția MSC, urmărindu-se în special cardiomiopatiile și canalopatiile.

## SOLUȚII PENTRU TELEMEDICINĂ

BTL CardioPoint-NETconsult permite consultațiile la distanță, chiar dacă cele 2 cabinete nu sunt în aceeași locație.

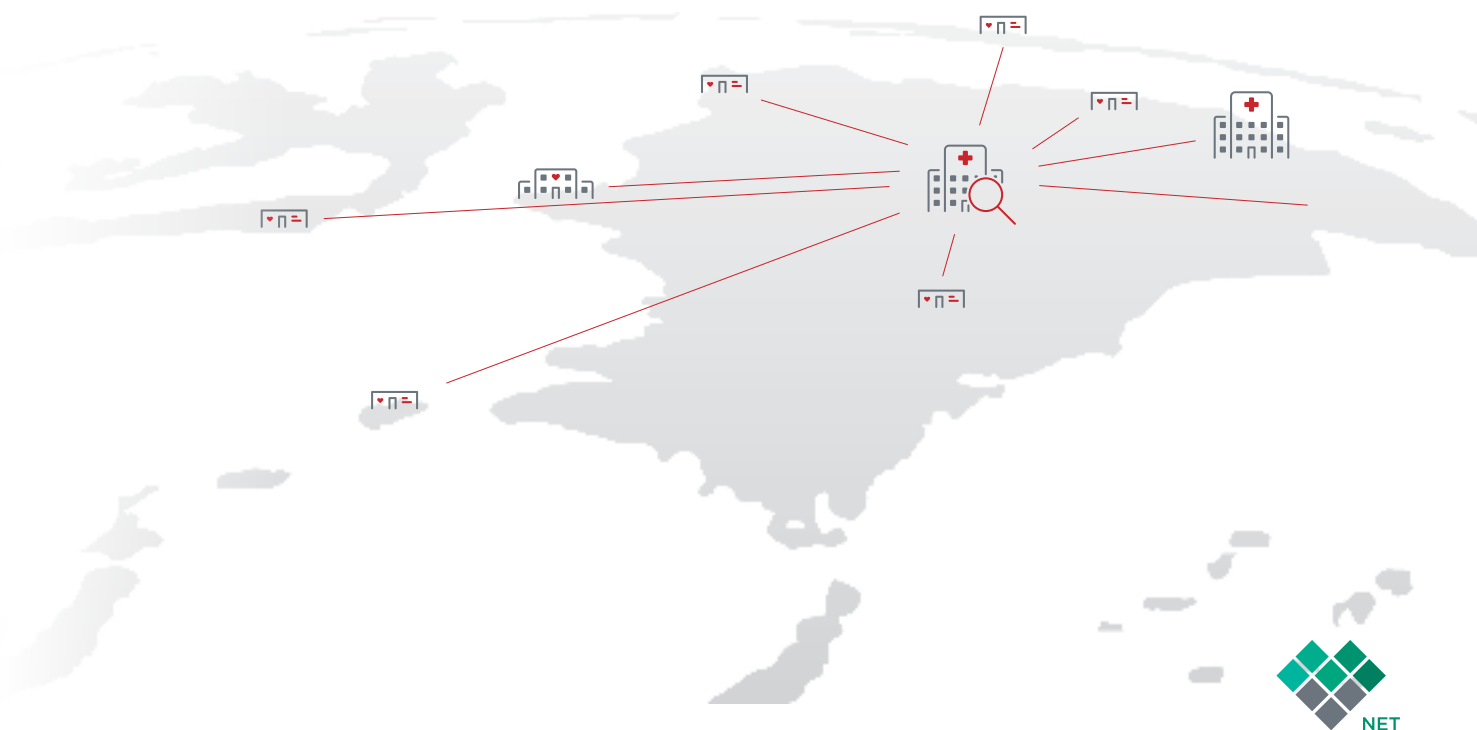
Această soluție este integrată în platforma BTL CardioPoint ca o extensie, crescând disponibilitatea diagnosticării afecțiunilor cardiovasculare.

### Rezultate accesibile

BTL CardioPoint-NETconsult face diagnosticarea EKG-ului mult mai accesibilă. Cu această soluție, orice medic poate să consulte ușor și rapid înregistrările EKG-ului cu un specialist dintr-un centru de diagnostic. Astfel, pacienții și doctorii nu mai sunt nevoiți să se deplaseze din cabinet, rezultatul EKG-ului fiind accesat din orice punct al rețelei.

### Crește acuratețea diagnosticării

Atât raportul, cât și examinarea completă sunt transferate către centrul de diagnostic. Aceasta permite medicului specialist să lucreze cu toate instrumentele și datele pe care le oferă BTL CardioPoint. Ca rezultat, medicul poate lua decizii mai bune în legătură cu tratamentul pacientului.



# Susține vitalitatea și ritmul inimii!



- **Revikard<sup>100</sup>** conține **forma cea mai concentrată de Coenzima Q10 lipozomală** într-o combinație unică cu **licopen**, un antioxidant puternic care contribuie la regenerarea continuă a Ubiquinonei
- Coenzima Q10 este un cofactor **esențial în producția de energie** și în contracararea stresului oxidativ
- Datele actuale din studiile clinice indică faptul că **CoQ10 reduce semnificativ morbiditatea și mortalitatea pacienților cu insuficiență cardiacă**, în asociere cu farmacoterapia recomandată<sup>1,2</sup>
- **Matricea ConCordix<sup>®</sup>** din jeleurile **Revikard<sup>100</sup>** asigură **biodisponibilitatea cu peste 40% mai bună** a principiilor active comparativ cu formele clasice (capsule moi)

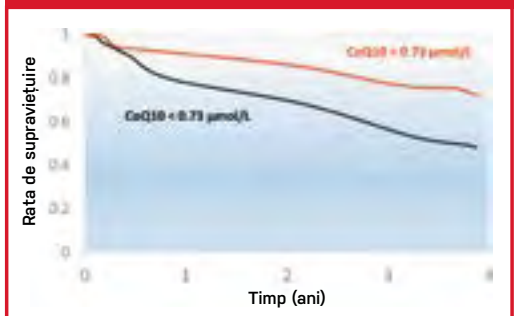
**Coenzima Q10 naturală**, fabricată sub licență Kaneka-Japonia, și-a dovedit pe deplin superioritatea, siguranța și eficacitatea, timp de peste 30 de ani, în **mii de studii clinice**.

**Revikard<sup>100</sup>** este indicat pentru:

- Creșterea tonusului energetic și a rezistenței la efort
- Susținerea ritmului normal și a funcției de pompă a inimii
- Ameliorarea stărilor de slăbiciune și durere musculară asociate tratamentelor de reducere a colesterolului



Concentrația plasmatică a CoQ10 – un predictor independent al mortalității în insuficiența cardiacă congestivă<sup>2</sup>



Doza optimă: 1 jeleu **Revikard<sup>100</sup>** pe zi, minimum 3 luni.

<sup>1</sup> Jankowsky J et al., Pharmacol Rep. 2016 Jul 15;68(5):1015-1019.  
<sup>2</sup> Molyneux SL et al., J Am Coll Cardiol. 2008 Oct 28;52(18):1435-41.  
 Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.



# AVACOR

**Cardio Complex Forte**

**Complex de vitamine B**

Răspunsul pentru **artere curate** și o **inimă tânără!**

**Combate ateroscleroza și hipertensiunea**

**AVACOR** este indicat pentru:

- Menținerea sănătății sistemului cardiovascular pe termen lung;
- Păstrarea tonusului optim și a elasticității pereților arteriali;
- Menținerea tensiunii arteriale optime, prin reducerea presiunii din vasele de sânge;
- Tulburări ale nivelului de colesterol și trigliceride.

Se recomandă **o capsulă AVACOR pe zi**, în cure de 3-6 luni.

O capsulă AVACOR conține:	Cantitate	%DZ <sup>1</sup>
<b>Cardio Complex Forte</b>		
Acizi grași Omega 3 SE (EPA + DHA)	400 mg (100 mg EPA / 300 mg DHA)	—
Nitroglicerină	1 mg	—
Extracțiune din amoniu de stropșol	30 mg	—
Vitamină K <sub>2</sub> naturală (MK7)	30 µg	—
<b>Complex de vitamine B</b>		
Vitamină B <sub>1</sub>	1.25 mg	15
Acid nicotinic	10 mg	15
Vitamină B <sub>12</sub>	0.75 µg	15



**AVACOR** acționează sinergic prin **CARDIO COMPLEX FORTE** și redă elasticitatea pereților vaselor de sânge, scade colesterolul "rău" (LDL) și total prin aportul de acizi grași Omega-3 și contribuie la reducerea riscului afecțiunilor cardiovasculare datorită conținutului de polifenoli. Vitamina naturală K2 ajută la eliminarea calciului pe artere, iar un studiu recent<sup>2</sup> a demonstrat că pentru fiecare 10 µg K2-MK7, riscul de afecțiuni coronariene scade cu 9%.



# 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



As. Univ. Dr. Isabela Sârbu

Dermato-venerologie,  
UMF „Carol Davila”, București



Șef de lucrări  
Dr. Mircea Tampa

Șef lucrări Dermato-venerologie,  
UMF „Carol Davila”, București,  
Medic Primar Dermato-venerologie  
Spitalul „Dr. Victor Babeș”, București



Prof. Univ. Dr. Simona-  
Roxana Georgescu

Dermato-venerologie,  
UMF „Carol Davila”, București,  
Șef Secție Dermato-venerologie  
Spitalul „Dr. Victor Babeș”, București

# Lichenul plan

Lichenul plan (LP) este o boală cutanată cronică, idiopatică, inflamatorie, cu evoluție autolimitată, care afectează aproximativ 1% din populația generală. Poate apărea la orice vârstă, dar cel mai frecvent debutează în decadă a cincea sau a șasea de viață. Ambele sexe sunt afectate, boala având o ușoară predilecție pentru sexul feminin. Atât pielea cât și mucoasele, unghiile și părul pot fi interesate. Astfel, leziunile mucoasei apar la până la 75% dintre pacienții cu LP cutanat. Pe de altă parte, numai 10-20% dintre pacienții cu LP oral vor dezvolta LP cutanat.

## Patogeneza

Mecanismul imunologic responsabil de apariția LP nu a fost încă elucidat. Deși este frecvent idiopatic, numeroși factori au fost incriminați în dezvoltarea bolii iar medicul specialist trebuie să țină cont de aceștia înainte de stabilirea diagnosticului final.

a. Infecții. Infecția virală, în special infecția cu virus hepatitic C (VHC), se asociază

cu un risc crescut de dezvoltare a LP. Rareori au fost asociate și alte virusuri precum herpes virus (HV)-6, HV-7, virusul herpes simplex sau virusul varicelo-zosterian. Infecția bacteriană cu *Helicobacter pylori* precum și infecția parazită cu *Entamoeba histolytica* au fost de asemenea raportate în asociere cu LP.

b. Vaccinarea. În special împotriva hepatitei cu virus B a fost asociată cu LP.

- c. Stresul. S-a observat apariția și/sau agravarea LP după traume psihice.
- d. Medicamente. Numeroase clase de medicamente au fost asociate cu apariția erupțiilor lichenoide, inclusiv antimalarice, anticonvulsivante, săruri de aur, antiinflamatoare non-steroidiene, antihipertensive sau antibiotice.
- e. Afecțiuni neurologice. LP a fost asociat cu nevrite periferice și siringomielia.
- f. Alergeni de contact. Metalele din lucrările dentare precum mercurul, cuprul sau aurul, pot agrava un LP oral.
- g. Factori metabolici. LP se poate asocia cu diabetul zaharat.
- h. Afecțiuni autoimune. Ciroza biliară primitivă, lupusul eritematos discoid, vitiligo și morfeea au fost asociate cu LP.
- i. Factori genetici.

## Manifestări clinice

### Manifestări clinice cutanate

Leziunea primară tipică din LP este papula roșie-violacee plată, de formă poligonală, uneori ombilicată, delimitată de cadrulajul normal al pielii (Fig. 1).



Fig. 1 Lichen plan cutanat



Fig. 2 Lichen plan oral

# Dermatită Atopică

**BioNike**  
HEALTH AND BEAUTY

## TRIDERM A.D.

Noua gamă pentru pielea predispusă la dermatita atopică  
cu ingredientul inovativ **AD-RESYL®**

### TRATAMENTE EMOLIENTE

#### TRIDERM A.D. Cremă emolientă



- Indicată a se utiliza în perioada de vară
- Restabilește funcția de barieră a pielii
- Restabilește funcția de hidratare a pielii
- Ideal pentru sugarii cu vârsta de 0-3 ani

**AD-RESYL® :**  
OLIGOZAHARIDE purificate  
din *Ophiopogon Japonicus*

1 ingredient pentru 4 acțiuni

1. Restabilește funcția de barieră a pielii
2. Reechilibrează microbiota pielii, diminuând aderența *Stafilococului Auriu*
3. Hidratează pielea
4. Atenuează răspunsul inflamator Th2

#### TRIDERM A.D. Balsam emolient



- Indicată în perioada de iarnă
- Restabilește funcția de barieră a pielii
- Restabilește funcția de hidratare a pielii
- Ideal pentru sugarii cu vârsta de 0-3 ani

### CURĂȚARE ZILNICĂ

#### TRIDERM A.D. Cremă de curățare păr și corp



- Foarte bine tolerat
- Proprietăți putemică și rehidratante
- Ideal pentru sugari, copii și adulți

### TRATAMENT SIMPTOMATIC

#### TRIDERM LENIL+ Tratament topic



- **Furfuril palmitat**  
(neutralizează *Orn singlet*)
- **Glicerol-Fosfoinozitol**  
(inhibitor al fosfolipazei A2)
- Nu conține cortizon!

#### TRIDERM LENIL AG Tratament simptomatic pentru dermatite cu risc de suprainfecție



Argint coloidal

Nu conține cortizon!

Leziunile sunt intens pruriginoase, strălucitoare, ușor translucide, pe suprafața lor observându-se o rețea fină albicioasă care poartă numele de striuri Wickham. Gratajul duce la apariția unor leziuni dis-puse liniar ca urmare a fenomenului de köebnerizare. Leziunile au tendința de a se uni, formând plăci sau chiar placarde cu margini neregulate, și se localizează cel mai frecvent în regiunea anterioară a articulației pumnului, partea anterioară a gambelor, regiunea maleolară și regiunea lombară. Distribuția leziunilor poate fi însă generalizată.

La nivel cutanat, au fost descrise mai multe variante clinice de LP, inclusiv LP hipertrofic (plăci hiperkeratozice localizate în special pe fața anterioară a gambelor), LP liniar (ca urmare a fenomenului Köebner), LP inelar, LP actinic (leziuni roșii-maronii, frecvent inelare, pe suprafețe expuse la soare), LP folicular (papule foliculare mici cu dop keratozic central), LP atrofic, LP bulos (bule dezvoltate pe leziuni preexistente de LP sau lichen plan pemfigoid, cu leziuni buloase cu localizare aleatorie), LP invers (localizat în zonele de flexie), LP pigmentar, LP acut, etc.

### Manifestări clinice la nivelul mucoaselor

Până la 75% dintre pacienții cu LP cutanat prezintă și afectarea mucoasei orale. Cel mai frecvent, leziunile orale se prezintă sub forma unei rețele albicioase dar există și forme atroifice, erozive sau hipertrofice (Fig. 2). Pe limbă LP se manifestă sub forma unor plăci albicioase fixe, cu tendința de atrofie.

Până la 20% dintre pacienții de sex masculin asociază și LP genital. Glandul este cel mai frecvent afectat, la acest nivel leziunile având frecvent aspect inelar. La femei, LP se poate manifesta prin leziuni reticulare asemănătoare cu cele descrise la nivelul mucoasei orale, sau pot fi erozive.

### Manifestări unghiale

Aproximativ 10% dintre pacienții cu LP dezvoltă și LP unghial. Acestea apar secundar distrucției matricei unghiale. Manifestările tipice constau în subțierea laterală a unghiei, apariția șanțurilor longitudinale și fisurarea unghială, care pot duce la formarea pterigionului dorsal.

Manifestările nespecifice sunt frecvente și constau în melanonichie, onicoliză, hiperkeratoză subunghială și onicomadeză.

### Manifestări la nivelul scalpului

Lichenul folicular sau lichenul plano-pilar poate să apară în contextul bolii cutanate, mucoase sau unghiale sau ca unică manifestare a bolii. Din punct de vedere clinic se observă eritem perifolicular cu dopuri keratozice acuminat. În fazele avansate pacienții prezintă plăci alopecice atroifice cicatriciale.

### Diagnostic diferențial

- erupții lichenoid
- veruci plane
- eczemă
- lichen amiloid
- lupus eritematos sistemic
- granulom inelar
- lichen simplex cronic

### Evoluție și prognostic

LP este o afecțiune autolimitată cu evoluție imprezizibilă, care în mod tipic persistă timp de 1-2 ani, dar care se poate manifesta prin episoade recurente pe parcursul mai multor ani. LP oral poate persista în medie 5 ani și se asociază cu risc de transformare malignă în carcinom spinocelular (CSC). În cazul LP cutanat, riscul de transformare malignă este foarte mic.

### Tratament

Managementul pacientului cu LP este unul interdisciplinar, necesitând colaborarea strânsă dintre medicul dermatolog și medicul de familie. În cazurile ușoare, în alegerea tratamentului trebuie să se țină cont de faptul că LP este o afecțiune autolimitată cu risc foarte scăzut de transformare malignă. Cazurile severe necesită însă frecvent tratament sistemic.

### Măsuri generale

În cazul în care este suspectată o reacție lichenoidă postmedicamentoasă, se recomandă întreruperea tratamentului incriminat. În cazul LP oral se recomandă măsuri de igienă personală. În cazurile în

care LP este secundar lucrărilor dentare care conțin amalgam sau aur înlocuirea acestora duce frecvent la ameliorarea sau dispariția leziunilor.

### Tratamentul topic

- dermatocorticoizii reprezintă prima linie de tratament atât pentru leziunile cutanate cât și pentru leziunile mucoase. În cazul leziunilor vulvo-vaginale se recomandă dermatocorticoizi superpotenți (clobetasol).
- corticosteroizii cu administrare intralezională (triamcinolon) pot fi utili în cazul leziunilor izolate ale pielii, mucoaselor sau unghiilor.
- inhibitorii de calcineurină (tacrolimus sau pimecrolimus)
- retinoizii cu administrare locală (tretinoin, isotretinoin);
- anestezice locale: recomandate în LP oral

### Fototerapia

- tratamentul cu psoralen și UVA (PUVA) este recomandat în cazurile cronice, rezistente la tratament.

### Tratamentul sistemic

- corticosteroizii sistemici: 15-20 mg/zi timp de 2-6 săptămâni, cu scăderea treptată a dozelor pe parcursul câtorva săptămâni.
- retinoizii sistemici: acitretin 30 mg/zi, etretinat 10-75 mg/zi sau isotretinoin 20-40 mg/zi.
- ciclosporina 1-6 mg/kg/zi.
- griseofulvină 200-400 mg/zi.
- alte metode: metotrexat, micofenolat mofetil, hidroxiclorochină, metronidazol, sulfasalazină.

### Concluzii

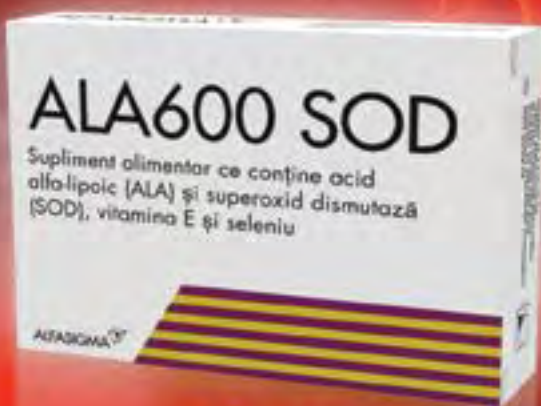
LP este o afecțiune cutanată cronică relativ frecvent întâlnită în populație. Din cauza aspectului clinic, pruritului intens și, în unele cazuri, împiedicării alimentației, este o boală foarte deranjantă pentru pacient. Colaborarea dintre medicul dermatolog și medicul de familie este deosebit de importantă în managementul pacienților cu LP.



# Vessel Due<sup>®</sup> F

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.

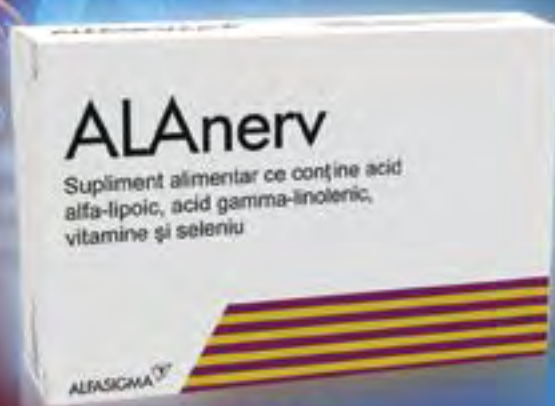
# Stinge durerea neuropată!



**DURERE  
ACUTĂ**

**1 /zi**

**4 săptămâni**



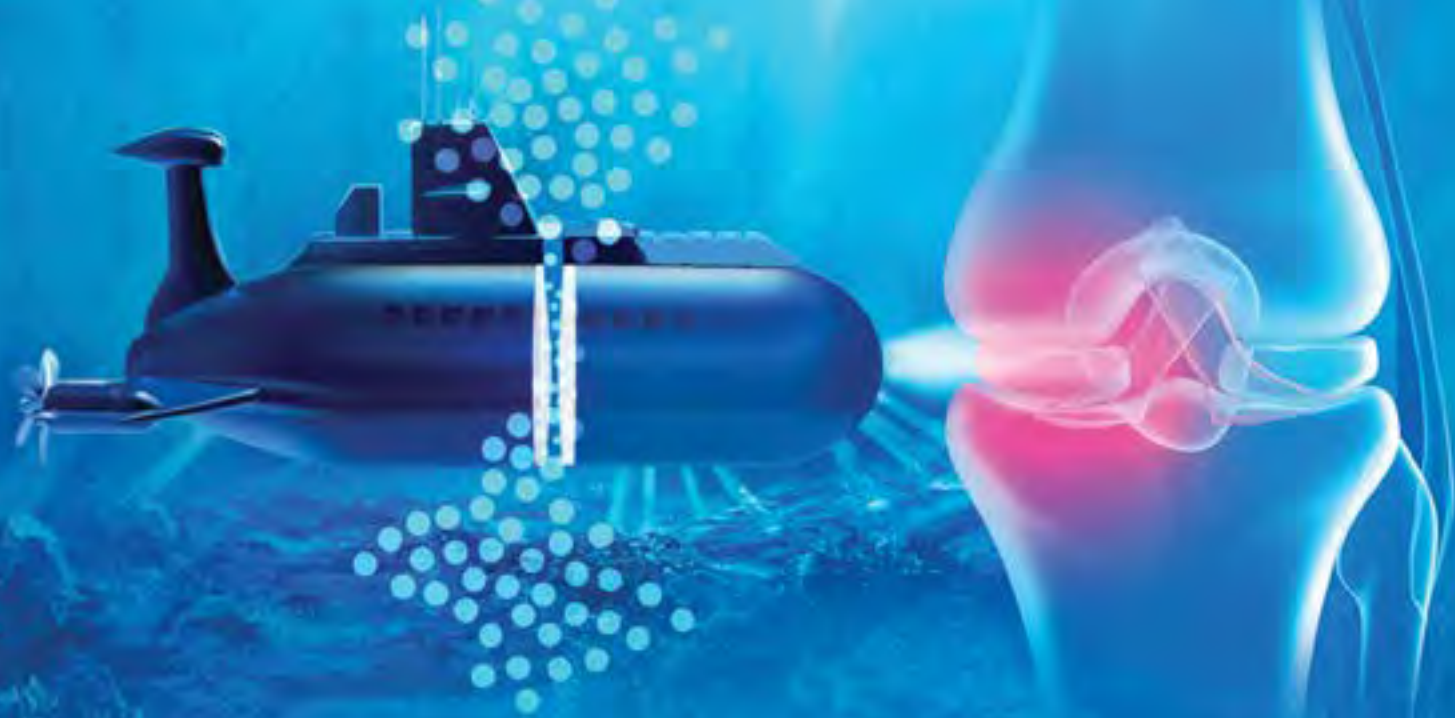
**DURERE  
CRONICĂ**

**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).

# O călătorie spre centrul durerii articulare



Alege un partener loial,  
pentru un drum fără durere!

## Dicloream 150mg

capsule cu eliberare prelungită

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Dicloream® 150 mg capsule cu eliberare prelungită se eliberează pe bază de prescripție medicală - PGL. 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.







# CALITATE ȘI FIABILITATE



# LIVRARE RAPIDĂ



TEL: 0265 211 411

FAX: +40 265 211 412

EMAIL: OFFICE@MEDISAL.RO

COMENZI: COMENZI@MEDISAL.RO

INFORMAȚII: INFO@MEDISAL.RO

TÂRGU MUREȘ, STR. GHEORGHE DOJA NR. 234

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

# Alergiile – o abordare prin terapii naturale

Cauzele alergiilor pot fi multiple: de la oboseală intensă și suprasolicitare, intelectuală, emoțională sau fizică (stări prelungite de oboseală, stări conflictuale prelungite), starea de teamă și nesiguranță interioară (mai ales la copii), șocurile și traumele emoționale, în special dezamăgirile și frustrările, slăbesc rapid și brusc apărarea organismului; șocuri fizice (intervenții chirurgicale), alimentație dezordonată (cu alimente de origine animală în exces, băuturi acidulate, consum excesiv de cafea, produse cu conținut ridicat de zahăr, care determină slăbirea rezistenței organismului, demineralizare și acidifiere), condiții de locuit improprie.



Dr. Monica Spînu

Medic specialist  
Medicină de familie  
www.gemoterapie.ro

**C**ombinația acestor motive, plus alte cauze individuale ale pacienților, determină declanșarea patologiei alergice. Putem considera alergiile ca fiind semnale ale organismului, care ne indică faptul că acesta a fost abuzat, într-un fel sau în altul și are nevoie de atenție, analiza stilului de viață, detoxifiere, deparazitare, tonifiere.

Toate motivele de mai sus constituie un stres important asupra organismului, care afectează suprarenala, sistemul de răspuns la stres al organismului și ficatul.

Implicit, scade pragul de toleranță al organismului la stimulii exteriori sau interiori atât de mult, încât acesta reacționează la substanțe la care, teoretic, nu a reacționat înainte (prin implicarea tuturor liniilor de apărare imună). Rezultă un dezechilibru al imunității atât la nivel local, cât și general.

Gemoterapia are multe soluții – extracte gemoterapice - pentru întărirea organismului și tratamentul unei alergii, prin ridicarea „pragului de răspuns” la stimuli, astfel încât mediul înconjurător să redevină prietenos și nu amenințător.

**Extractul din muguri de Coacăz negru**, cu efect de tip „cortison-like”, este principalul gemoterapic recomandat în alergii. Susține corticosuprarenala, este antiinflamator, antialergic, tonic general. Este recomandat în special în profilaxia alergiilor.

Preparatul natural fito-gemoterapic **Alectra**, produs de Laboratoarele Plan-tektrakt, constituie o alternativă blândă pentru întărirea imunității organismului, pentru a realiza o protecție eficientă împotriva alergiilor și pentru a ameliora simptomatologia specifică diferitelor manifestări alergice (respiratorii, digestive, cutanate, etc).

Conține extract gemoterapic din muguri de Coacăz negru și extract fitoterapic din rădăcina de *Astragalus membranaceus*.

Are efect de cortizon natural, fără reacții secundare, crește puterea de apărare a organismului. Se administrează înainte de perioadele de expunere și în timpul expunerii la alergenii sezonieri. În timp, poate diminua reacțiile alergice la contactul cu alergenii.

S-a demonstrat că extractul din muguri de Coacăz negru determină creșterea nivelului corticosteroizilor, activatori ai răspunsului endogen în procesele inflamatorii. Acționează asupra granulocitelor eozinofile, reducând eozinofilia, previne sinteza și eliberarea de histamină, împiedică scăderea nivelului adrenalinei și are acțiune antioxidantă puternică.

*Astragalus membranaceus* este o leguminoasă considerată una dintre cele mai valoroase plante medicinale din lume, folosită de peste 2000 de ani în medicina tradițională chineză. Are efecte benefice importante: imunostimulator și antialergic, adaptogen, antioxidant intracelular puternic, antianemic, antiedematos, protector pulmonar. Mecanismele imunitare implicate sunt atât mecanisme nespecifice (stimulează funcția de fagocitoză a macrofagelor) cât și mecanisme specifice (activează limfocitele T, reglează nivelul de IgG). Dacă până în urmă cu 20 de ani s-a insistat asupra specificității răspunsului imun, ca una din caracteristicile majore ale acestuia, în prezent nu se mai separă cele două căi de apărare imună.

Administrarea produsului se realizează, cu ajutorul dispozitivului tip spray, la adulți și copii peste 12 ani: câte 3 - 5 puffuri de 2 ori pe zi, administrate direct în gură. Se începe cu 4 săptămâni înainte de apariția alergenilor și se continuă pe perioada de expunere. Nu se recomandă administrarea în timpul sarcinii și alăptării.

## Parazitozele intestinale, cauze ale unor alergii

Paraziții intestinali sunt frecvent întâlniți la copii, vârstnici, adulți cu

# Alectra

spray pulverizator

Scade riscul de apariție a alergiilor și  
ameliorează simptomele acestora

- Efect de cortizon natural, fără reacții secundare
- Crește puterea de apărare a organismului
- Se recomandă administrarea peste vârsta de 12 ani, în alergiile sezoniere sau în alte tipuri de alergii
- Cure periodice, cu 4 săptămâni înainte de perioadele de expunere la alergeni și pe toată perioada existenței polenului care poate declanșa manifestările alergice
- În timp, poate diminua reacțiile alergice la contactul cu alergenii
- Produs natural fito-gemoterapic

www.plantextrakt.ro



probleme imunitare. Simptomele întâlnite într-o parazitoză intestinală: alergii la nivelul pielii, dureri abdominale mai ales în jurul buricului, balonări, vărsături, diaree, prurit la nivelul nasului sau anusului, dorința de dulce, apetit exagerat sau lipsa poftei de mâncare. Mai ales la copii întâlnim iritabilitate, nervozitate, agitație, dificultăți de concentrare, tulburări de somn, spaime nocturne, bruxism (scrâșnesc din dinți), lipsa poftei de mân-

care, tuse rebelă, iritativă, facies parazitărilor (păliși, încercănați).

Împreună cu domnul farm. Ovidiu Bojor, Laboratoarele Plantextrakt au realizat produsul fitoterapeutic, **Giardinophyt**, activ pe mai multe tipuri de paraziți intestinali (giardia, oxiuri, ascariți), având acțiuni antihelmintică, antimicrobiană, carminativă.

Conține extracte de Vetrice (antihelmintic puternic), Propolis (antihelmintic,

antimicrobian), Cimbru de cultură (antihelmintic, antimicrobian, antifungic, protector gastric), semințe de Mărar (antihelmintic, acționează și asupra colicilor intestinale și balonărilor care însoțesc de multe ori parazitozele), Cuișoare (antihelmintic, antimicrobian).

Ca mod de administrare două variante au prezentat eficacitate:

Se administrează 7 zile, pauză 7 zile și se repetă din nou 7 zile de administrare; în intoxicațiile masive se poate repeta de mai multe ori. Sau, o altă propunere de administrare, este timp de 7 zile înainte și 7 zile după luna plină, deci 14 zile consecutiv, o dată pe lună, 2-3 luni consecutiv. În perioadele de lună plină există un maxim de multiplicare a paraziților și tratamentul este deosebit de eficient atunci.

Esențială în tratamentul unei alergii este și alimentația, precum și adaptarea stilului de viață la posibilitățile fiziologice ale fiecărei persoane.

Respectarea organismului nostru, a corpului fizic, cu recunoașterea nevoilor și a ritmurilor biologice proprii, reprezintă principala metodă de prevenție a alergiilor.




**SANADOR**
*Sănătatea ca stil de viață!*

# Locul medicului de familie în sistemul medical privat

„Medicina familiei” este o specialitate relativ nouă, ce a apărut în țara noastră la începutul anilor '90, stabilindu-se atunci necesitatea dezvoltării acestei specialități, care în prezent se obține prin rezidențiat cu durata de 4 ani.


**Dr. Raluca Trancă**

Medic Specialist  
Medicină de Familie  
[www.sanador.ro](http://www.sanador.ro)

**P**este tot în lume se apreciază că medicina familiei reprezintă baza sistemului de sănătate, la nivelul cabinetului putându-se trata cele mai multe afecțiuni obișnuite, fără a fi nevoie de a mai apela la serviciile spitalicești. Medicul de familie este cel mai apropiat de pacient, deoarece îl poate îngriji pe tot parcursul vieții. Frumusețea acestei specialități constă tocmai în această legătură care se creează între medic și pacient, care de obicei nu este posibilă în cazul celorlalte ramuri medicale.

Practicarea medicinei de familie într-o clinică privată aduce nenumărate beneficii, spre deosebire de forma de organizare de cabinet medical individual, unde medicul de familie este practic „pe cont propriu”. În cadrul Sanador, medicul de familie poate colabora cu orice specialitate medicală sau chirurgicală, pacientul având acces imediat la serviciile de care are nevoie. Medicul de familie vizualizează în timp real toate consultațiile și investigațiile efectuate de pacientul său, putând lua astfel cea mai bună decizie diagnostică și terapeutică.

Un mare avantaj constă în posibilitatea de a accesa serviciile spitalicești, Spitalul Clinic Sanador fiind cel mai mare

spital privat din țară, având disponibile toate specialitățile medicale, 18 linii de gardă permanente și flotă proprie de ambulanțe, maternitate, radiologie și imagistică medicală de top, și acum, o nouă aripă reprezentată de Centrul Oncologic Sanador, integrat Spitalului Clinic Sanador.



În anul 2018, Sanador a inaugurat Centrul Oncologic, ceea ce pentru medicul de familie reprezintă un alt avantaj, dacă luăm în considerare incidența în creștere continuă a bolilor oncologice. În cadrul Centrului Oncologic Sanador, pa-

cientul beneficiază de servicii decontate de CNAS (radioterapie, scintigrafie), cât și de servicii private, având la dispoziție aparatură de înaltă performanță (RMN, CT, SPEC CT, acceleratoare liniare) și o gamă largă de servicii oncologice (radioterapie, chimioterapie, imunoterapie, chirurgie oncologică, brahiterapie, etc).

Pacientul are acces și la servicii de onco-nutriție și suport psihologic specializat, întreaga echipă fiind implicată în rezolvarea cu succes a cazului. Pentru mine, ca medic de familie, este deosebit de important să știu că pacientul are la dispoziție o Comisie Multidisciplinară Oncologică (Tumor Board), care își propune să găsească cele mai bune soluții de diagnostic și tratament, individualizate pentru fiecare caz în parte.

Pe lângă atuurile profesionale pe carele oferă practica medicală în cadrul privat, Sanador furnizează și nenumărate servicii științifice. Activitatea medicală este de înaltă performanță, în Sanador regăsindu-se unii dintre cei mai buni specialiști în cardiologie, cardiologie intervențională, chirurgie cardiovasculară, neurochirurgie, obstetrică și ginecologie, chirurgie oncologică etc, ce pot rezolva patologii complexe. De asemenea, Sanador organizează constant evenimente medicale ce se adresează profesioniștilor din toate domeniile.

Ca și concluzie, consider că practicarea medicinei de familie în mediu privat aduce, pe lângă un parcurs profesional deosebit, și încrederea că pacientul meu va beneficia de servicii de înaltă performanță.




## MEDICINA DE FAMILIE

---



aparatura diagnosticare si tratament  
instrumentar de specialitate  
mobilier si accesorii  
consumabile

- + consultanta la achizitii
- + suport tehnic / instruire personal
- + service autorizat
- + finantare



medfarm.ro

---

# Ce este nou în diagnosticul hipertensiunii arteriale pediatrice?

## Actualități pentru medicul de familie



Conf. Dr. Angela Butnariu

Medic primar pediatrie, specialist cardiologie, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj-Napoca

**T**ensiunea arterială ridicată la copii este considerată un factor de risc pentru hipertensiune la adulții de vârstă tânără și medie. La ora actuală se apreciază că hipertensiunea arterială (HTA) are o prevalență de 3,5 % în populația infantilă generală. Valorile de prevalență sunt însă mult crescute dacă ne referim la grupe de copii cu anumite condiții patologice cronice. Datele de prevalență din literatura pediatrică arată astfel:

**Copii obezi: 3,8–24,8%** (Koebnick C. *J Clin Hypertens.* 2013;15(11); Skinner AC. *N Engl J Med.* 2015;373(14))

- **Tulburări respiratorii de somn/Apneea obstructivă de somn: 3,6–14%**
- **Boli renale cronice: 48–79%** (Kramer AM. *Kidney Int.* 2011;160(4); Halbach SM. *J Pediatr.* 2012;160(4))
- **Copii cu istoric de prematuritate/greutate mică la naștere: 7,3%** (Mhanna MJ, *J Neonatal Perinatal Med.* 2015;8(4))

HTA pediatrică este predominant HTA secundară.

Totuși, hipertensiunea primară este acum identificată tot mai frecvent la copiii și adolescenții. S-au identificat caracteristicile copilului cu HTA primară:

- A) Copil  $\geq 6$  ani
- B) AHC de HTA
- C) Supraponderal sau obez

În septembrie 2017 Academia Americană de Pediatrie a publicat în *Pediatrics*:140(2) 2017 **Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents** în care, somități medicale internaționale fac o actualizare a datelor în legătură cu HTA pediatrică.

În cele ce urmează ne vom referi la actualitățile care prezintă interes pentru medicul de familie, conținute în acest ghid.

Definirea actuală a HTA pediatrice a suferit unele actualizări, astfel:

**Pentru COPII de 1-13 ani**

- **TA normală este TA situată < percentila 90 pentru vîrstă, sex și talie.**
- **TA înaltă**

- TA  $\geq$  percentila 90 dar < percentila 95 sau
- TA > 120/80 mmHg dar < percentila 95 (chiar dacă TA este < percentila 90)

• **HTA stadiul 1**

- TA  $\geq$  percentila 95 până la percentila 95 + 12 mmHg sau
- TA 130/80 mmHg pînă la 139/89 mmHg

• **HTA stadiul 2**

- TA > percentila 95 + 12 mmHg sau
- TA  $\geq$  140/90 mmHg

Remarcăm că noțiunea de prehipertensiune a fost înlocuită cu termenul de TA înaltă și că s-au modificat ușor reperele valorice de HTA.

**Pentru COPII  $\geq 13$  ani**

**TA normală**

- < 120/ < 80 mmHg

**TA înaltă**

- TA 120/< 80 mmHg pînă la 129/< 80 mmHg

**HTA stadiul 1**

- TA 130/80 mmHg pînă la 139/89 mmHg

**HTA stadiul 2**

- TA  $\geq$  140/90 mmHg

Remarcăm că definirea actuală a HTA la copilul mai mare de 13 ani este perfect superpozabilă pe definirea HTA la adult, conform American Heart Association.

În ce privește măsurarea TA. Se cunoaște că valorile TA au o mare variabilitate.

McNece KL în *J Pediatr.* 2007 arată că numai 56% dintre adolescenți au prezentat aceleași valori ale TA la 3 măsurători diferite. Din acest motiv sunt importante multiple măsurători, cu manșetă adecvată, metoda auscultatorie fiind de preferat.

Frecvența recomandată pentru măsurarea TA la copilul mai mare de 3 ani este o dată pe an pentru copilul sănătos (grad C, recomandare moderată) și la fiecare vizită medicală pentru copiii obezi sau cei care prezintă o patologie posibil asociată cu HTA: renali, diabetici, medicație hipertensivă, istoric de obstrucție de arc aortic, coarctare de aortă, istoric de prematuritate etc. (grad C, recomandare moderată)

La copilul cu vîrstă sub 3 ani există indicații clare de măsurare a TA:

- Istoric de prematuritate, greutate mică la naștere, alte complicații neonatale care necesită îngrijire de urgență
- Boli cardiace congenitale
- Infecții de tract urinar recurente, hematuria sau proteinuria

- Boli renale cunoscute sau malformații urologice
- Istoric familial de boli cardiace congenitale
- Transplant de organe
- Malignități sau transplant de măduvă osoasă
- Tratamente cu droguri cunoscute a crește presiunea sistolică
- Alte boli sistemice asociate cu hipertensiunea (neurofibromatoza, scleroza tuberoasă)
- Evidențierea creșterii presiunii intracraniene

Managementul pacientului depistat recent cu HTA este diferit, în funcție de valoarea TA.

- În cazul TA înalte se recomandă modificarea stilului de viață (scădere în greutate, dietă hiposodată, exercițiu fizic) și reevaluarea TA la 6 luni și la 1 an de la vizita inițială. Dacă se mențin valori tensionale înalte se indică monitorizarea ambulatorie (Holter) a TA pentru confirmare și efectuarea unor investigații de screening:

- Ex urină
- Na, K, uree, creatinină
- Profil lipidic: HDL colesterol total
- Ecografie renală la pacienți sub 6 ani, la cei cu examen de urină anormal sau cu funcție renală anormală

Pentru copiii obezi (BMI  $\geq 95$ ) se efectuează în plus Hb A1c, ASAT, ALAT, screening pentru dislipidemii, glicemie, TSH, studii de somnologie.

- În cazul HTA stadiul 1 se fac intervenții asupra stilului de viață și se repetă măsurarea TA peste 1-2 săptămâni și apoi la 3 luni. Dacă se menține valori hipertensive de stadiul 1, se indică monitorizarea ambulatorie (Holter) a TA pentru confirmare și apoi trimiterea la specialist.

- În cazul HTA asimptomatice stadiul 2 se faci intervenții asupra stilului de viață, se măsoară TA la 1 săptămână, se aplică monitorizarea ambulatorie a TA și se trimite la specialist

- În HTA stadiul 2 simptomatică se procedea la trimitere rapidă la specialist (cardiolog, nefrolog)

HTA în copilărie se caracterizează, de obicei, prin hipertensiune ușoară sau stadiul 1 și este frecvent asociată cu antecedente familiale pozitive pentru hipertensiune sau boli cardiovasculare.

**Ecograf CHISON ECO2**  
**PRET PROMOTIONAL 1.990euro+TVA**  
**Ecograful Chison ECO2 beneficiaza de modul doppler PW**  
 Dispalay LED 12"  
 Modurile de afisare: B, B / B, 4B, M, B / M, PW

Tehnologii avansate: i-Image (optimizarea imaginii inteligente); THI (Imagini armonice tisulara); SRA (algoritmul de reducere a spectrului); Imagistica compusa, Doppler Pulsat PW (depisteaaza flux sangvin)  
 Pachete software de masurare de-

dicate aplicatiilor: general, OB / GYN, urologie, cardiac baza, vascular  
 Sonda convexa, 3 porturi USB, port VGA, 1 conetor, port video, port LAN, Full Screen, i-Image, Chroma, SRA, Imagistica compusa, THI, Card de memorie 8G, modul doppler PW



**Sistem ecograf D8**  
**Sistemul portabil D8 lb/negru – doppler color este o sonda cu scanare convexa/liniara/microconvexa ce include modulul ecografic. Poate transmite datele ecografice prin semnal wireless catre Tableta, SmartPhone realizand astfel cel mai simplu si usor sistem de ecograf. Sonda este compatibila cu sistemele de operare Android, Windows, IOS.**

Aplicatii: abdomen, parti moi, vascular, obstetric, ginecologie, urologie, musculoscheletal.  
 technology, Compatible with high and low speed blood, Space compounding Rolling M technology, Real-time Dynamic Aperture Tissue Harmonic Imaging, Tissue Specific Imaging  
 Alimentare baterie interna, Greutate: 280g



**Ecograf laptop doppler color CHISON SonoBook 6**  
**Ecograf Doppler color tip laptop, cu un design compact, greutate redusa, imagini clare.**  
 Aplicatii: Interne, Ginecologie, Obstetrica, MSK, Radiologie, Urologie, POC & Urgenta, Chirurgie, Pediatrie, Endocrinologie, Ortopedie, Gastroenterologie.  
 Monitor de 15" de inalta rezolutie HD LED, greutate de 5,5 kg cu tot cu bateria incorporata, 1 conector Hard disk 32

GB; DVI-I, 3 porturi USB 3.0  
 Moduri de lucru: B, 2B, 4B, B/M, B/BC, CFM, PW, Power Doppler/Directional PD, Instant Triplex, Duplex, Trapezoidal, Chroma B&M&PW, Auto IMT  
 Automatic PW trace si masuratori in timp real  
 Super Image module: FHI, Compound Imaging, SRA (Speckle Reduction Algorithm), Q-image, Q-beam, X-contrast, Q-flow



**Ecograf doppler color CHISON QBit 3**  
**Ecograf stationar cu o interfata simpla, intuitiva, fiind foarte usor de folosit, imagine ecografica si un doppler color de calitate. PRET FOARTE ACCESIBIL!**  
 Aplicatii si masuratori pentru: Interne, Obstetrica - Ginecologie, Urologie, Pediatrie, Endocrinologie-Parti moi, Ortopedie, Gastroenterologie, Vascular si MSK.

Monitor de 15" de inalta rezolutie LCD,  
 B, 2B, 4B, B/M, B/BC, CFM, PW, Power Doppler/Directional PD, Duplex, Triplex, Trapezoidal Img, Chroma B&M&PW, Grafic pentru HIP, 2D steer  
 FHI, Compound Imaging, SRA (Speckle Reduction Algorithm), Q-image optimizare inteligenta a imaginii, Q-beam, X-contrast, Q- flow



**Electrocardiograf portabil 6 canale**  
 Ecran 7", „touch screen”, preluare si afisare simultana pe 12 derivatii, printer, dimensiune hartie 110mm x 20mm (rola), alimentare la retea si acumulator, masurare analiza si interpretare automata, inregistrare automata 25 si 50mm/s, manuala 5; 6,25; 10; 12,5; 25; 50mm/s si in caz

de aritmie 25 si 50mm/s. Procesor digital ptr filtrare zgomote, sensibilitate 2,5; 5; 10; 20; si 40mm/mV. Protejat la defibrilare, detectie pace macker, dimensiuni 315 x 215 x 92mm, greutate 2,3Kg. Masoara frecventa cardiaca, intervalul PR, durata P, durata QRS, durata T, interval QT, axa P, axa QRS, axa T, etc.



**Electrocardiograf portabil cu 12 canale**  
 Ecran LCD „touch screen”, preluare si afisare simultana pe 12 derivatii, printer, dimensiune hartie 210mm x 30mm, tip A4 (rola), alimentare la retea 220V si acumulator, masurare analiza si interpretare automata, inregistrare automata 25 si 50mm/s, manuala 5; 6,25; 10; 12,5; 25; 50mm/s si

in caz de aritmie 25 si 50mm/s. Procesor digital ptr filtrare zgomote, sensibilitate 2,5; 5; 10; 20; si 40mm/mV. Masoara frecventa cardiaca, intervalul PR, durata P, durata QRS, durata T, interval QT, axa P, axa QRS, axa T, etc. Imprimanta incorporate, Dimensiune hartie termica: 210mm



**Lampi bactericide** **DE LA 99,00 euro + TVA**  
 Lămpile bactericide sunt utilizate pentru dezinfectia aerului și a suprafețelor din încăperi cu încărcătură microbiană mare prin intermediul radiației ultraviolete: cabinete medi-

cale, laboratoare de microbiologie, laboratoare de analize medicale, săli de operație, săli de așteptare, industria farmaceutică, etc.





# 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>**

**Adeptat după:** 1. Rezumatul caracteristicilor produsului Normix 200 mg comprimate filmate. 2. Bajaj J.S. et al. Modulation of the microbiome 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.znas.ro/category/lista-medicamentelor.html](http://www.znas.ro/category/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* BBS36\* (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)

Alfasigma România S.R.L.  
Str. Clucerul Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București  
Tel.: +40 31.805.35.26; +40 31.805.35.27 Fax: 031.805.35.28  
e-mail: [info.ro@alfasigma.com](mailto:info.ro@alfasigma.com)

ALFASIGMA 



## Cord Blood Center Group a furnizat unități de sânge ombilical pentru tratarea bolilor în aceste spitale și unități medicale:



DÉL-PESTI CENTRUMKÓRHÁZ  
ORSZÁGOS HEMATOLÓGIAI  
ÉS INFECTOLÓGIAI INTÉZET



Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei  
Kórház  
és Egyetemi Oktatókórház



KÁROLYI  
UTCAI  
DETOXOS  
KÖZPONT



FN MOTOL



INSTITUTUL CLINIC  
FUNDENI



Die menschliche Größe



University Hospitals Bristol  
NHS Foundation Trust



Great Ormond Street  
Hospital for Children  
NHS Foundation Trust



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
Ulm




GUSTA  
ROUSSY  
CANCER CAMPUS  
GRAND PALAIS




Utrecht University



NewYork-Presbyterian

Hungary  National Institute of Hematology and Infectology,  
South Budapest Hospital, Budapest


Hungary  Borsod-Abaúj-Zemplén Hospital, Miskolc


Slovak Republic  Paediatric University Hospital, Bratislava

Austria  AKH, Vienna General Hospital, Vienna

Czech Republic  University Hospital Motol, Praha

Romania  Fundeni Clinical Institute, Bucharest

Germany  University Hospital, Paediatrics Clinic, Ulm

Netherland  University medical Center, Utrecht

Netherland  University Medical Center, Maastricht

Denmark  Rigshospitalet, National University Hospital, Copenhagen

France  Gustave Roussy Cancer Institute, Paris

France  Bordeaux Hospital, Bordeaux

France  Center Hospitalier Lyon-Sud, Lyon

United Kingdom  Royal Hospital for Children, Bristol

United Kingdom  Great Ormond Street Hospital, London

United Kingdom  Royal Hallamshire Hospital, Sheffield

Italy  Rome Transplant Network, Policlinico Tor Vergata, Rome

Italy  Carregli Hospital, Florence

Italy  Regina Margherita Children's Hospital, Turin

Italy  U.O. Ematologia, S.M della Misericordia, Perugia

USA  Duke University Medical Center, Durham

USA  New York Presbyterian Hospital, New York


USA  Children's Hospital of Michigan

USA  Baylor University Medical Center, Dallas, Texas

USA  Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio

USA  Stanford Hospital and Clinics, Stanford

USA  University of Kansas Hospital, Kansas City

USA  University of Utah Cell Therapy Facility, Salt Lake City

USA  West Virginia University Hospitals, Morgantown

USA  City of Hope Hospital, Duarte

Canada  The Hospital for Sick Children, Toronto

Canada  Foothills Medical Center, Calgary

Australia  Royal Melbourne Hospital, Melbourne

Brazil  Hospital de Clínicas, Universidade Federal Paraná, Curitiba

Israel  Sheba Medical Center, Tel-Hashomer

# PrenaTest® - teste germane de screening genetic prenatal

- ✓ Peste 99% rată de detecție
- ✓ Procesare în Germania
- ✓ Lipsit de riscuri



Află detalii: [office@cordcenter.ro](mailto:office@cordcenter.ro) / 0364.710.206

# Evaluarea durerii și a calității vieții la persoanele cu artrită reumatoidă în raport cu programe de reabilitare activă

Calitatea vieții este percepția pacientului de a duce o viață utilă în condițiile bolii și ale tratamentului. Conceptul de calitate a vieții este relativ nou în vocabularul științelor socio-umane, el dobândindu-și cetățenia abia în a doua jumătate a secolului XX, când a pătruns deja adânc nu numai în terminologia, dar și în tematica majoră a numitelor discipline (A. Roth, 2002, pag 3). Prin calitatea vieții în medicină înțelegem bunăstarea fizică, psihică și socială, precum și capacitatea pacienților de a-și îndeplini sarcinile obișnuite în existența lor cotidiană. O definiție utilitaristă este propusă de Revicki & Kaplan (1993): calitatea vieții reflectă preferințele pentru anumite stări ale sănătății ce permit ameliorări ale morbidității și mortalității și care se exprimă printr-un singur indice ponderat – ani de viață standardizați, în funcție de calitatea vieții. Analizele consacrate calității vieții sunt deosebit de utile pentru pacienții cu artrită reumatoidă (AR), în evaluarea efectelor fizice și funcționale, psihice și sociale ale îmbolnăvirilor și tratamentelor medicale asupra vieții cotidiene [1,8,10]. Folosirea instrumentelor pentru evaluarea calității vieții pacienților cu AR ajută personalul medical să aleagă între diferite tratamente alternative, să informeze pacienții asupra efectelor posibile ale diferitelor proceduri medicale, să monitorizeze progresul tratamentelor aplicate, din punctul de vedere al pacientului și, în fine, permite personalului medical să proiecteze pachete de îngrijiri medicale eficiente și eficiente (Revista Calitatea Vieții, XVII, nr 1-2, 2006, pag 73). Artrita reumatoidă are consecințe grave atât asupra stării de sănătate fizică a celor afectați, cât și un impact negativ asupra calității vieții pacienților. Artrita reumatoidă afectează în principal femeile, fiind de două ori mai frecventă decât la bărbați [2,5,14]. Tabloul clinic al bolii este reprezentat de durerile articulare cu caracter inflamator. Specific durerii este accentuarea în repaos și diminuarea durerii la mobilizarea articulară. Deseori pacienții cu AR acuză redoare matinală considerabilă, ce poate atinge un interval de 90 minute. Durerea articulară și redoarea matinală sunt însoțite de tumefierile articulare, creșterea temperaturii locale și pierderea capacității funcționale articulare [2,3,6,7]. Severitatea bolii rezultă din faptul că peste 50% dintre pacienți își încetează activitatea profesională în primii 5 ani de boală, iar la 10% dintre cazuri apare o invaliditate gravă în primii 2 ani de evoluție.

**Dr. Victoria Chihai,**

**Dr. Alisa Tăbîrță,**

**Dr. Marina Bulai**

Catedra de Reabilitare Medicală,  
Medicină Fizică și Terapie Manuală

IP USMF „Nicolae Testemițanu”,  
Chișinău, R. Moldova

**A**R are consecințe grave atât asupra stării de sănătate fizică a celor afectați, cât și un impact negativ asupra calității vieții pacienților cât și asupra speranței medii de viață, ce se diminuează cu 3 până la 7 ani [9,14,15]. După 10 ani de la momentul

diagnosticului, mai puțin de 50% dintre pacienți își mai pot continua activitățile zilnice obișnuite [1,10,11]. Asociația „Arthritis Foundation” din Statele Unite a efectuat un studiu în care au fost incluși 500 de pacienți cu AR, care a demonstrat că, în ciuda progreselor recente în diagnosticarea și tratamentul bolii, există încă un număr mare de pacienți a căror calitate a vieții este diminuată datorită durerii [9,10,13]. Impactul individual semnificativ pe care AR îl are asupra pacientului determină o povară financiară importantă asupra bugetelor naționale de îngrijiri de sănătate, deoarece boala apare la cel mai productiv segment de populație: cel cu vârste între 35 și 50 de

ani. Se estimează că în țările dezvoltate la 5 ani de la diagnostic 40% dintre pacienții cu AR nu mai sunt capabili să lucreze cu norma întreagă, iar la 10 ani de la diagnostic reușesc să mai lucreze doar 50% din norma de lucru [14,15]. Scopul final al tratamentului în AR este obținerea remisiunii boli. Criteriile de remisie, validate de ACR/EULAR sunt bazate pe scoruri care iau în calcul manifestările clinice, sindromul inflamator, percepția pacientului asupra bolii [4,3,12]. Reabilitarea medicală și reeducarea funcțională a pacientului reumatoid se integrează perfect în abordarea terapeutică complexă a AR. Tratamentul funcțional prevede limitarea instalării deformărilor articulare, menține tonusul muscular și mobilitatea articulară, menține un echilibru psihologic și social al pacientului [2,5].

## Material și metodă

Studiul a fost realizat pe un eșantion de pacienți cu artrită reumatoidă care au fost internați pentru tratament complex medicamentos și de reabilitare medicală în perioada noiembrie 2016 – octombrie 2017. În studiu au fost incluse 78 de persoane cu vîrsta cuprinsă între 29-73 ani, diagnosticate cu artrită reumatoidă, activitatea bolii fiind apreciată ca activitate moderată (Gradul de activitate DAS/DAS28 > 2,4 - < 3,7). Participarea la studiu a fost benevolă și informată (aviz pozitiv al Comisiei de Etică a Cercetării nr 1 din 21 01 2016), iar divizarea pe criterii aleatorii în 2 loturi: lot test 38 subiecți, lot control 40 subiecți. Ambele loturi au primit tratament de reabilitare convențională: electroterapie aplicată local, kinetoterapie, termoterapie locală. Lotul test a fost implicat în programe de reabilitare medicală cu tehnici kinetice active asistate, individualizate pentru fiecare pacient în 2 ședințe pe zi a câte 30 minute. Programele individuale au fost alcătuite pentru diminuarea restantului funcțional al mîinii și direcționate spre a amplifica mișcările degetelor și coordonarea ochi/mîna, restabilirea capacității de

G.L. PHARMA GmbH Reprezentanța în România

**GEROT**  **LANNACH**

o business unit of G.L. Pharma GmbH



***Ai timp pentru tine,  
spune nu durerii!***

**Gerocoxan**

etoricoxib 30 mg, 60 mg, 90 mg, 120 mg  
comprimate filmate

manipulare pentru diferite obiecte, readaptarea la deficitul funcțional al mâinii. Toate persoanele incluse în studiu au fost examinate clinico-funcțional cu aplicarea unui set de teste funcționale identice la internare (inițial) și peste 1 lună după cura de tratament. Capacitățile funcționale ale mâinii au fost apreciate prin: Testarea penselor bidigitale și police-degete (puncte), Testarea penselor pluridigitale (puncte) și Testarea penselor palmare (puncte). Eficiența programelor în combaterea intensității sindromului algic a fost cuantificată cu ajutorul scalei vizuale analogice a durerii (VAS). Severitatea durerii a fost apreciată după scala vizuală analogică de 10 puncte, care permite evaluarea subiectivă a durerii, unde valoarea „0” corespunde absenței durerii, iar valoarea „10” – durerii maxime. Pentru evaluarea calității vieții a fost aplicată scala HAQ (Health Assessment Questionnaire). Chestionarul respectiv a inclus întrebări libere (apreciate ca: fără dificultate, oarecare dificultate, dificultate moderată și „nu pot”) respectând exigențele formulate în literatura de specialitate medicală și sociologică [11]. Chestionarul a cuprins o scurtă introducere, prin care s-a explicat clar ce scop anume urmărim prin cercetarea intenționată. Această anchetă este

compusă din două compartimente: Date generale, Date funcționale. Dimensiunile analizate au fost axate pe: evaluarea capacității funcționale (6 întrebări) și autoevaluarea deprinderilor cotidiene (14 întrebări). Rezultatele obținute au fost analizate, folosind testul Student (valoarea  $p < 0,05$  considerat statistic semnificativă).

## Rezultate

După o lună de la inițierea tratamentului de reabilitare kinetoterapeutic asitat (lot test), valoarea medie a durerii a scăzut de la  $69,631 \pm 1,56$  puncte la  $50,921 \pm 1,38$  ( $p < 0,001$ ) puncte după scala analog vizuală a durerii. În lotul de control valoarea medie a durerii a avut o descreștere de la  $68,925 \pm 1,57$  la  $56,576 \pm 2,11$  ( $p < 0,001$ ) (Fig.1)

Calitatea vieții evaluată după scala HAQ a avut o ascendență în scorul final de la  $2,067 \pm 0,081$  la  $0,925 \pm 0,06$  ( $p < 0,001$ ) pentru lotul test. Calitatea vieții pentru lotul control, evaluată după aceeași scală crescut de la  $1,626 \pm 0,06$  la  $1,235 \pm 0,065$  ( $p < 0,001$ ). (Fig.2)

După o lună de la începutul studiului în lotul test și lotul de control se atestă o diminuare a sindromului algic și creșterea calității vieții, dar în lotul test durerea medie a scăzut cu 26,85% și valoarea medie a calității vieții a crescut cu 55,25%, în timp ce în lotul control scăderea durerii a fost cu 17,92% și valoarea medie a calității vieții a sporit cu 24,05%.

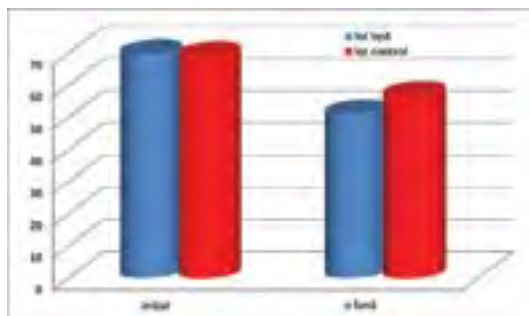


Fig. 1 Evaluarea comparativă a durerii după scala VAS

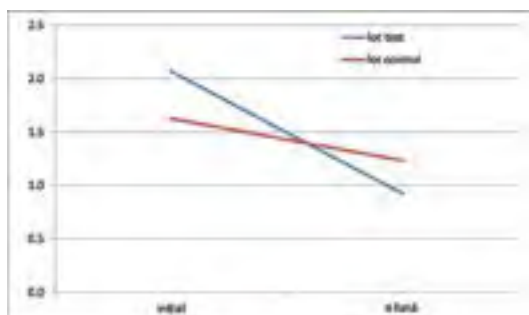


Fig. 2 Evaluarea comparativă a calității vieții după scala HAQ

## Concluzii

Programele complexe de reabilitare medicală cu tehnici kinetice active asistate, individualizate pentru fiecare pacient au ameliorat considerabil statusul funcțional al persoanelor cu restant funcțional al mâinii reumatoide.

Analiza sindromului algic și a calității vieții au pus în evidență faptul că completarea programelor de reabilitare medicală cu tehnici kinetice active asistate și adaptate individual la pacient au influențat pozitiv calitatea vieții și dinamica sindromului dureros la persoanele cu artrită reumatoidă.

## BIBLIOGRAFIE

- Brăilescu Consuela, Methods for clinical and functional evaluation of the post-traumatic and/or post-surgical hand, Palestrica Mileniului III - Civilizație și Sport Vol. 12, no. 2, Aprilie-Iunie 2011, p.151-158
- Chihai V. Principii de reabilitarea funcțională în artrita reumatoidă. În Bu-

letinul Academiei de Științe a Moldovei Științe medicale, 2 (54), 2017, p. 324-326

- Nemeș, I.A Metode de explorare și evaluare în kinetoterapie. Editura Orizonturi Universitare, 2001, Timișoara.p. 53- 60
- Firestein GS. Nature 2003;423:356-361
- Oatis CA. Kinesiology – the Mechanics and the Pathomechanics of Human Movements. 2nd Edition. Lippincott Williams &Wilkins, Baltimore 2009,p.300-345
- Onose G. Recuperare, Medicină Fizică și Balneoclimatologie - Noțiuni de bază și actualități. Vol.1, Ed. Medicală, Bucuresti 2008, p.90-117
- Opriș-Belinschi D. și a. Durerea în patologia reumatică. În Terapia durerii, București , 2017, p.101
- Ozminkowski R, Cornell University, Abstract presented at EULAR, 2005, [Op0043] The Impact Of Rheumatoid Arthritis (Ra) On Medical Expenditures, Absenteeism From Work, And The Use Of Short-Term Disability (Std) Benefits,www.eular.org Rincon ID et al. Arthritis Rheum 2001;44:2737-2745
- Ruddy S. et al.Epidemiology of the rheumatic diseases in Kelley's Textbook of Rheumatology ,1st volume, 2008, p.321-333
- Rybski M. Kinesiology for Occupational Therapy. Section II Normal Joint Movement-Hand and Wrist. Slack Incorporated Edition, Thorofare NJ USA 2004, p.89-121
- Sidenco EL. Metodica recuperării mâinii-Aplicații în kinetoterapie și medicina sportivă. Ed. Fundației România de Măine, București 2005, p.100-152
- Snow MH and Mikuls TR. Curr Opin Rheum 2005;17:234-241 Trumble TE, Budoff J. Principles of Hand Surgery and Therapy. Chapter 1 Anatomy and Examination of Hand, Wrist, Forearm and Elbow. 2nd Edition, Saunders Elsevier, Philadelphia 2010,p. 2-23
- Tubiana R, Thomine JM, Makin E. Examination of Hand and Wrist. Martin Dunitz series. Ed. Informa Healthcare, NY 2003, p.40-128, 175-225, 325
- Van der Helm-van Mil, et al. Arthritis Research & Therapy 2006, 8:216 WHO, Global burden and incidence of rheumatoid arthritis www.who.int/healthinfo/statistics/bod\_rheumatoidarthritis.pdf
- Zhang B., Combe B., Rincheval N., Felson DT. Validation of AC/EULAR dcefnition of remission in rheumatoid arthritis from RA practice:the ESPOIR cohort . Arthritis Res Ther. 2012, jun 29; 14(3):R156

# Thiossen® 600

acid alfa lipoic 600 mg

Reduce durerea și readuce  
sensibilitatea picioarelor!



THS/03.16/072

# Fiecare a doua persoană, în vârstă de peste 60 de ani, suferă de cataractă

- **70% dintre românii de peste 60 de ani nu merg la control oftalmologic o dată pe an**
- **66% dintre pacienții cu cataractă nu sunt informați că își pot corecta și alte defecte ale vederii odată cu operația de cataractă**
- **Cataracta este parte a procesului natural de îmbătrânire și este complet reversibilă**

**S**ocietatea Română de Cataractă și Chirurgie Refractivă, împreună cu Societatea Română de Oftalmologie lansează campania „*Vezi diferența!*”. Scopul campaniei este informarea publicului larg despre simptomele, riscurile și soluțiile pe care le au persoanele care suferă de această afecțiune.

Cataracta este parte a procesului natural de îmbătrânire și presupune o opacifiere a cristalinului natural. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), cel puțin unul din doi vârstnici este afectat de cataractă. Afecțiunea poate să apară după vârsta de 40 de ani, prevalența crescând odată cu vârsta.

Potrivit unui studiu realizat recent în 12 țări din Europa, Orientul Mijlociu și Africa, **2 din 3 români de peste 60 de ani nu știu nimic sau au foarte puține informații despre cataractă**. Studiul scoate în evidență nevoia de informare, în toate țările participante la studiu, despre cataractă și soluțiile pentru tratamentul acesteia.

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, **cataracta este principala cauză de orbire la nivel mondial (51% din cazuri)**. Cataracta are impact major asupra calității vieții pacienților, siguranței și independenței personale. Riscul de fractură de șold crește cu 24% pentru pacienții cu cataractă, de altfel studiul arătând că 31% dintre pacienții care erau programați pentru operația de cataractă au suferit căderi în perioada dinaintea operației. Aproximativ 50% dintre pacienți renunță la condus, pentru a evita accidente. De asemenea, cataracta este frecvent asociată cu depresia.

## Românii consideră că văzul este cel mai important dintre simțuri

Persoanele intervievate în studiu, care nu se operaseră de cataractă, au spus că vederea încețoșată este principalul simptom al afecțiunii (79%). Alte simptome sunt recunoscute într-o proporție mai mică (dificultatea de a vedea noaptea, culori șterse sau cu o nuanță gălbuie, dureri oculare și vedere dublă), între 10% și 20% dintre respondenți identificându-le.

În ceea ce privește vizitele medicale, aproape **70% dintre respondenții din România nu se duc la control o dată pe an, așa cum e recomandat**. Mai mult de 30% se duc doar în cazul în care apar probleme. Medicul de familie trebuie să recomande pacienților controlul oftalmologic măcar o dată pe an.

## 66% dintre români nu știu că operația de cataractă poate corecta și alte defecte ale vederii

Singura modalitate prin care se înlătură cataracta și se revine la o vedere clară este prin operație, o procedură obișnuită și frecventă care, în general, durează mai puțin de 30 de minute.

64% dintre persoanele operate au mărturisit că nu au fost informate de către oftalmologul lor despre tratamentele avansate de corectare a astigmatismului și/sau prezbiopiei.

## Toți pacienții apreciază că li s-a îmbunătățit calitatea vieții după operația de cataractă

88% dintre pacienți au apreciat că și-au revenit foarte repede după operație.

## Rata de succes a operației este de 90%

În acest moment, există cristaline artificiale cu diferite caracteristici:

Cristalinele pentru corectarea astigmatismului se numesc **cristaline torice**, compensează imperfecțiunile de curbura a corneei, permițând razelor luminii a se focaliza pe retină. Acest lucru înseamnă că persoana operată cu un cristalin toric, chiar dacă a purtat ochelari, va avea mult mai puțină nevoie de ei sau deloc.

Cristalinele trifocale oferă, după operație, vedere clară la apropiere, distanță intermediară și la depărtare, oferind independență față de ochelari. **96% din pacienții operați cu cristaline trifocale nu au mai avut nevoie de ochelari de vedere.**

## Despre cataractă, prezbiopie și astigmatism

Există posibilitatea ca anumite afecțiuni medicale să crească riscul de dezvoltare a cataractei (diabetul zaharat, hipertensiunea arterială sau obezitatea). Alți factori care au legătură cu apariția cataractei pot fi: expunerea îndelungată la lumina cu ultraviolete, fumatul sau utilizarea steroizilor pe termen lung.

**Peste 25% din populația de peste 40 de ani din UE suferă de prezbiopie** (scăderea acomodației cu diminuarea vederii de aproape). **Peste 70% dintre pacienții cu cataractă suferă și de astigmatism** (vedere neclară, la apropiere și la distanță).

## Despre studiu

Din totalul populației României, de aprox. 19 milioane, 22,47% au peste 60 de ani.

Studiul a fost realizat în 2017, pe 3,25% dintre aceștia. Din cele 427 de persoane intervievate, 50 făcuseră deja operația de cataractă.

Cele 12 țări în care s-a realizat studiul sunt: Marea Britanie, Franța, Germania, Spania, Italia, Belgia, Suedia, Polonia, Rusia, Turcia, Egipt și România.

**Dacă pacienții dumneavoastră cu vârsta de peste 60 ani prezintă diferite simptome ale cataractei, precum o vedere încețoșată sau dificultăți de a vedea noaptea, este important să le dați o trimitere către medicul oftalmolog. Cu cât identificați mai devreme cauza disconfortului, cu atât mai repede poate fi găsită soluția.**

O campanie de conștientizare realizată de Societatea Română de Cataractă și Chirurgie Refractivă, împreună cu Societatea Română de Oftalmologie, cu sprijinul ALCON.



SOCIETATEA ROMÂNĂ  
DE CATARACTĂ  
ȘI CHIRURGIE REFRACTIVĂ



**Alcon** A Novartis  
Division

RO1811916559/11/2018





Ochii îți oferă mai mult decât vedere! Mai multe detalii despre cataractă și opțiunile de cristaline puteți 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)

**3-6  
Aprilie  
2019**

**CONFERINȚA NAȚIONALĂ  
de PEDIATRIE**  
- GHIDURI ȘI PROTOCOALE ÎN PEDIATRIE -

**Program**

- GASTROENTEROLOGIE
- MEDICINA RESPIRATORIE
- NEFRITIS
- CARDIOLOGIE
- NEUROLOGIE
- HEMATOLOGIE ȘI ONCOLOGIE
- GINECOLOGIE
- URGENȚE
- REUMATOLOGIE
- ENDOCRINOLOGIE
- LEZIUNI ÎN PEDIATRIE
- MEDICINA
- NEUROLOGIE ȘI PSIHATRIE
- SAHA - TREBNI MEDIC

**Locuri**

• Locul de Conferință la Iași este pentru 2019 și va fi în Sala de Congresuri și Bănci de Scaune din cadrul Centrului de Convenții și Conferințe al Universității de Medicină și Farmacie "G. B. Pantelimon" Iași.

• Pentru informații și înscrieri: [www.zilelepediatrieiiesene2019.ro](http://www.zilelepediatrieiiesene2019.ro)

• Telefon: 0232 210200

• Adresa: Piața Ștefan cel Mare, Iași

• Mail: [zilelepediatrieiiesene2019@univmf.ro](mailto:zilelepediatrieiiesene2019@univmf.ro)

CONFERINȚA NAȚIONALĂ

**ZILELE PEDIATRIEI IEȘENE**  
„N. N. TRIFAN”  
Ediția a XXXII-a

**2019**

Iași

31 octombrie – 2 noiembrie

[www.zilelepediatrieiiesene2019.ro](http://www.zilelepediatrieiiesene2019.ro)

**Al XIV-lea  
CONGRES NAȚIONAL DE PEDIATRIE**  
cu participare internațională

„Prezent și viitor în Pediatria practică”

[www.congrespediatrie2019.ro](http://www.congrespediatrie2019.ro)

**2019**  
11 – 14 septembrie  
**CLUJ-NAPOCA**

**Al XXVII-lea  
CONGRES NAȚIONAL DE  
ENDOCRINOLOGIE**  
**BUCUREȘTI**  
19-22 iunie 2019  
HOTEL CROWNE PLAZA

Partener științific:

Finanțat de:

[www.congres-endocrinologie.ro](http://www.congres-endocrinologie.ro)

# BLEPHACLEAN®



FĂRĂ  
CONSERVANȚI



- menținerea igienei în conjunctivite
- șervețele sterile fără conservant
- indicat copiilor și adulților

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

 **Théa**  
Driving innovation



**Sun Wave Pharma**

Making Tomorrow Healthier



**STANDARDUL DE AUR  
ÎN CIRCULAȚIA VENOASĂ**

[www.sunwavepharma.com](http://www.sunwavepharma.com)

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