ALFASIGMA · AstraZeneca · Alcon A Novartis Division · Romania · Bionorica · BioNike · DuxMD · EdeSa · numeris medical · HYPERFARM · HYPERICUM · IPSEN Innovation for patient care CONSUMER HEALTHCARE · LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL · Pharma Germania · medfarm.ro · Medisal · Montavit · Nestlé OptiFibre · Pharma Nord · Salin · Sanience · Sun Wave Pharma · TEHNO INDUSTRIAL · VPL Healthcare · VEDRA · PHARMA

MEDICAL MARKET

Medicina Familiei

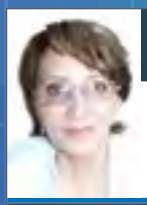
Revista profesioniștilor din Sănătate 2020 - 2021

Dr. Sandra Adalgiza Alexiu

Președinte AMF-B

Dr. Răzvan Miftode

Vicepreședinte SNMF, Coordonator Departament Profesional Științific

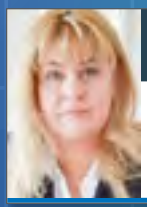


Conf. Univ. Dr. Angela Butnariu

Cabinet medical Pediatrie - Cardiologie Cluj-Napoca, UMF „Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca

Prof. Univ. Dr. Simona-Roxana Georgescu

Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș"



Prof. Univ. Dr. Anca Trifan

UMF „Grigore T. Popa", SCJU „Sf. Spiridon", Iași

Prof. Univ. Dr. Gabriela Radulian

UMF „Carol Davila" București, Președinte NEURODIAB

Prof. Univ. Dr. Florin Mihălțan

Institutul de Pneumologie „Marius Nasta" București

Salvestrol®

Salvestrol®

Puterea naturii în lupta cu cancerul!

Citostaticele naturii, fără toxicitate și efecte secundare.

HYPERFARM

Importator exclusiv:
HYPERFARM SRL, Iași
Tel.: 0754 045 411

office@hyperfarm.ro
www.salvestrol.ro
www.hypernatura.com

Neurossen® 300 mg

Benfotiamină

Eliberează-te din capcana neuropatiei diabetice!

WPH/01.17/091

WÖRWAG PHARMA

Bionorica®

Simptome de inflamație a tractului urinar inferior?*

Canephron® forte

NOU: Doar 3 x 1 drajeu pe zi**

- calmează senzația de usturime și durere la urinare
- înlătură crampele vezicii urinare
- accelerează eliminarea bacteriilor și previne formarea calculilor renali

MEDICAMENTUL GERMAN pentru tratarea simptomelor inflamației tractului urinar inferior!

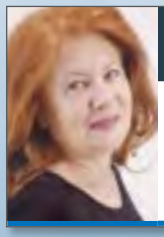
* **Canephron® forte** este un medicament din plante medicinale, cu utilizare tradițională, folosit pentru tratamentul suportiv și adjuvant la medicația specifică administrată în cazul simptomelor ușoare (urinări frecvente, usturime la urinare și necesitate imperioasă de a urina) cauzate de bolile inflamatorii ale tractului urinar inferior; pentru a crește fluxul urinar, în scopul reducerii depunerilor de calculi renali.

** În comparație cu 3 X 2 drajeuri pe zi când tratamentul se face cu **Canephron®**. Ingredientul activ din doza zilnică de 6 drajeuri **Canephron®** este echivalent cu cel din 3 drajeuri **Canephron® forte**.

Doze și mod de administrare:
La adulți și adolescenți cu vârsta de 12 ani și peste se recomandă 1 drajeu de 3 ori pe zi.
Drajeurile trebuie înghițite întregi (fără a fi mestecate), cu o cantitate suficientă de lichid (de exemplu, un pahar cu apă).
Se poate avea în vedere utilizarea Canephron® forte în timpul sarcinii, dacă este necesar.

Bionorica SE, Germany, Str. Kerschensteiner nr.11-15, 92318 Neumarkt

Phytoneering
One step ahead in thinking and research!

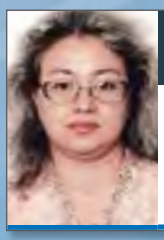


Dr. Miorița Toader

Spitalul Clinic de Urgență
Pentru Copii „Grigore Alexandrescu" București

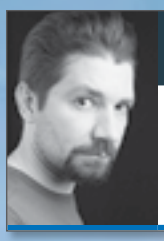
Conf. Univ. Dr. Carmen Adella Sîrbu

Universitatea Titu Maiorescu București, SUUMC
„Dr Carol Davila" București, secția neurologie



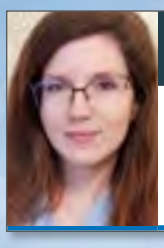
**Conf. Dr. Farm. pr.
CS II Gabriela Vlăsceanu**

Facultatea de Asistență Medicală generală,
Universitatea Bioterra București



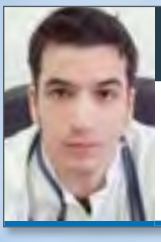
Dr. Alexandru Munteanu

Cabinet medical Pediatrie - Cardiologie
Cluj-Napoca, UMF „Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca



Dr. Carmen Elena Condrat

Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale
„Dr. Victor Babeș", Secția Dermatologie, București



Șef de lucrări Dr. Mircea Tampa

Spitalul Clinic de Boli Infecțioase
și Tropicale "Dr. Victor Babeș", Secția Dermatologie,
București, UMF "Carol Davila", București

Dr. Mădălin Buișe

Institutul Național de Diabet, Nutriție
și Boli Metabolice „N.Paulescu" București

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

FIN WATCH

„Medicul de familie are o relație specială cu pacientul său, o comunicare unică, deosebită de relația pe care orice pacient o are cu altcineva din sistemul de sănătate" - **Interviu realizat cu Dr. Sandra Adalgiza Alexiu, Președinte AMF-B**	8
Constipația cronică la adult și vârstnic: principii de abordare clinică - As. Univ. Dr. Oana Petrea, Prof. dr. Anca Trifan, Șef Lucrări dr. Cătălin Sfarti, Conf. Dr. Irina Gîrleanu, prof. dr. Carol Stanciu	10
„Împreună, doar împreună putem merge pe acest drum al dezvoltării specialității noastre" **Interviu realizat cu dr. Răzvan Miftode**	16
EVALI – o afecțiune care trebuie cunoscută și de medicul de familie - Prof. Dr. Florin Mihălțan	20
Cefaleea la copil - Conf. Dr. Angela Butnariu, Dr. Alexandru Munteanu	24
Terapia cu enzime ca mijloc pentru întărirea sistemului imunitar	30
Corpii străini nazali și auriculari în patologia copilului Dr. Miorița Toader	34
Hemocromatoza ereditară, sindroame de încărcare cu fier - Camelia Cojocariu, Carol Stanciu, Anca Trifan	38
Suplimentarea dietei cu Coenzima Q10, între prevenție și necesitate Conf. Dr. Farm. pr. CS II Gabriela Vlăsceanu	44
Deficitul cognitiv ușor și EGb761 Conf. Univ. Dr. Carmen Adella Sîrbu	46
Utilitatea dermatoscopiei în practica clinică Dr. Carmen Elena Condrat, Dr. Mircea Tampa, Prof. Univ. Dr. Simona-Roxana Georgescu	52
Astigmatismul și prezbiopia – ce sunt și cum se tratează	56
Neuropatia diabetică - Profesor Universitar Dr. Gabriela Radulian, Dr. Mădălin Buișe	58

VINNO
VISION IN INNOVATION

numeris medical

LUXUL ACCESIBIL

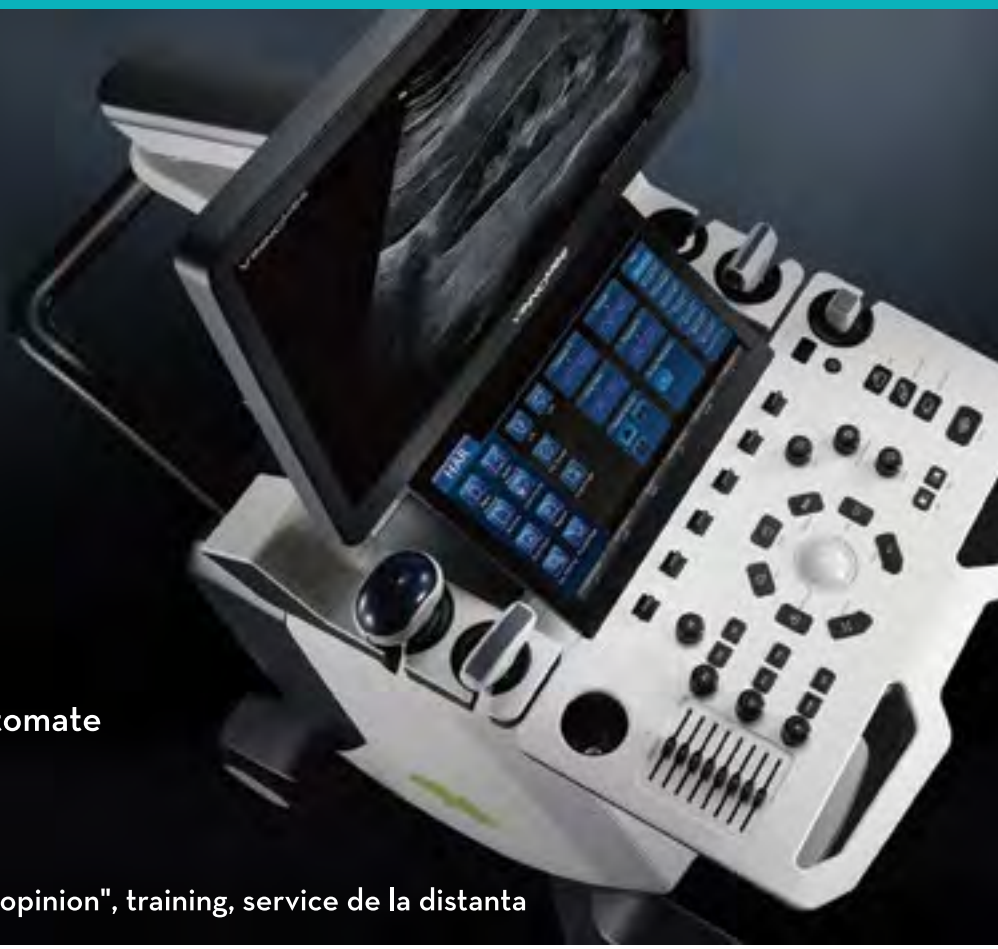
DESIGN INOVATIV

FLUX DE LUCRU INTUITIV

TRANSDUCTORI CU TEHNOLOGIE MONOCRISTAL

fara pini externi, cu plaja de frecvente 1-23 MHz

CONECTIVITATE: WI-FI · LAN · DICOM · BLUETOOTH · USB (stocare si printare)



MODURI DE LUCRU:

- B - 2D
- Color Doppler
- M
- M Anatomic
- Doppler Pulsat
- Doppler Continuu
- Doppler Tesut
- 3D/4D
- CBI-CEUS
- VGuide
- PWV
- VFlow
- elastografie
- calcule si analize Doppler automate
- etc.

platforma software pentru "second opinion", training, service de la distanta

www.numeris.ro

Victoriei 146, Baia Mare, jud. Maramures

DERMOBACTER®

Digluconat de clorhexidina 0,2% • Clorura de benzalconiu 0,5%

Antisepsia *pentru toate situațiile.*

CHIRURGIE – TRAUMATOLOGIE • OBSTETRICĂ – GINECOLOGIE • DERMATOLOGIE

APLICARE:
NEDILUAT pe piele
DILUAT 1/10
pe mucoase.[3]

DERMOBACTER®

REALIZAREA ANTISEPSIEI ȘI TRATAMENTUL ADJUVANT AL AFECȚIUNILOR CUTANEO-MUCOASE DE ETIOLOGIE BACTERIANĂ PRIMARĂ SAU CARE SE POT SUPRAINFECTA.

1 aplicare o dată sau de două ori pe zi, timp de 7 până la 10 zile urmată de clătire (pentru o îndepărtare eficientă a materiilor contaminante).[3]

MADE IN FRANCE

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL

REPREZENTANȚA PENTRU ROMÂNIA:
Piața Charles de Gaulle, Nr. 2, Etaj 2, Sector 1,București
Tel: 00 21 230 20 44; Fax: 00 21 230 20 47;
E-mail: innotech.romania@innothera.com

- **Spectru larg bactericid** chiar și în prezența materiilor organice[1, 2]
- Activitate **fungicidă** (Candida albicans)[3]
- Activitate **virucidă** (virusuri încapsulate)[4,5]
- **Acțiune** rapidă și de **lungă durată**[3,6]
- Nu cauzează **fotosensibilizare**
- Nu **pătează**, nu **ustură**, **pH** similar pielii
- Potrivit utilizării la **gravidă** din **primul trimestru de sarcină** și **la femeia care alăptează***[3]
- Poate fi utilizat la **nou-născuți**#[3]

* Nu aplicați pe sâni • # Atenție, pentru copii născuți prematur consultați RCP-ul.

1. Salvatico S., et al. Bactericidal activity of 3 cutaneous/mucosal antiseptic solutions in the presence of interfering substances: Improvement of the NF EN 13727 European Standard? Med Mal Infect. 2015 Mar;45(3):89-94. **2.** Salvatico S, Feuillolay C, Jabbour V, Gouhier-Kodas K, Roques C. Representativeness of NF EN 1040/13727 assay conditions for in vitro bactericidal activity of a chlorhexidine digluconate and benzalkonium chloride preparation. Article en cours de publication. **3.** Rezumatul caracteristicilor produsului Dermobacter®, Noiembrie 2018. **4.** Rapport d'essai N°13-616. Etude 12 -1487/3 Détermination de l'activité virucide selon la méthodologie de la norme NF EN 14476+A1 (Janv 2007), virus H1N1. 2013. Données internes. Laboratoire Innotech International. **5.** Rapport d'essai N°14-684. Etude 14 -1625 Détermination de l'activité virucide selon la méthodologie de la norme NF EN 14476 (Sept 2013), virus VZV. 2014. Données internes. Laboratoire Innotech International. 6. Macias J.H., et al. (2013) Chlorhexidine is a better antiseptic than povidone iodine and sodium hypochlorite because of its substantive eff ect; American journal of infection control. 2013; 41 (7) : 634-637

Denumirea comercială a medicamentului Dermobacter 5 mg/2 mg/ml soluție cutanată. **Compoziția calitativă și cantitativă** Fiecare ml soluție cutanată conține clorură de benzalconiu 5 mg sub formă de clorură de benzalconiu soluție 50% 9,85 mg și digluconat de clorhexidină 2 mg sub formă de digluconat de clorhexidină soluție 20% 10,65 mg. **Forma farmaceutică** Soluție cutanată limpede, incoloră, puțin vâscoasă, care spumează la agitare. **Date clinice. Indicații terapeutice** Realizarea antisepsiei și tratamentul adjuvant al afecțiunilor cutaneo-mucoase de etiologie bacteriană primară sau care se pot suprainfecta. Agenții antiseptici conținuți nu sunt sterilizanți; aceștia reduc numai temporar numărul micro-organismelor. **Doze și mod de administrare** Numai pentru administrare cutaneo-mucoasă. Soluția se administrează nediluată sau diluată, o dată sau de două ori pe zi, timp de 7-10 zile. Soluția nediluată se administrează cutanat. Soluția diluată 1:10 se administrează la nivelul mucoaselor și trebuie preparată cu foarte puțin timp înainte de a o folosi și nu trebuie păstrată. Administrarea trebuie întotdeauna urmată de o clătire atentă. **Contraindicații** Hipersensibilitate la oricare dintre componentele medicamentului sau la substanțe înrudite. Nu se administrează la nivel ocular sau auricular; nu trebuie să pătrundă în canalul auditiv, mai ales dacă timpanul este perforat și nici nu trebuie să fie pus în contact cu țesutul nervos sau cu meningele. ***Acest medicament nu trebuie folosit pentru a dezinfecta echipamentul medical sau chirurgical.*** **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare** Deși absorbția cutanată este foarte redusă, substanțele active pot trece în circulația sistemică atunci când medicamentul se aplică pe o suprafață mai mare, sub pansament ocluziv, la nivelul leziunilor cutanate (în special în caz de arsuri) sau pe pielea nou-născuților prematuri sau a sugarilor (din cauza raportului suprafață/greutate și a efectului ocluziv al scutecelor). Contaminarea microbiană poate avea loc imediat după ce un medicament antiseptic a fost desigilat prima dată. **Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune** Administrarea concomitentă sau succesivă a antisepticelor anionice trebuie evitată. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea** În timpul sarcinii, poate fi administrat doar dacă este absolut necesar. Se recomandă aplicarea pe suprafețe cât mai mici, fără plăgi, fără pansamente ocluzive și pe o perioadă cât mai scurtă de timp. Medicamentul nu trebuie aplicat pe sâni în perioada de alăptare. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje** Nu influențează capacitatea de a conduce vehicule și de a folosi utilaje. **Reacții adverse:** senzație de uscăciune a pielii și a mucoaselor, care poate fi atenuată de o clătire atentă; ușoare iritații ale pielii la începutul aplicării; posibil eczemă de contact. Raportarea reacțiilor adverse suspectate Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul ANMDM http://www.anm.ro. **Supradozaj:** nu s-au raportat cazuri. **Proprietăți farmaceutice. Lista excipienților:** cocoalchildimetilbetaină (Amonyl 265BA), poloxamer 188, hidroxietilceluloză 10000 mPa.s., acid citric monohidrat, citrat de sodiu, apă purificată. **Incompatibilități** Medicamentul este incompatibil cu compuși anionici. Perioada de valabilitate 2 ani. **Precauții speciale pentru păstrare** A se păstra la temperaturi sub 25°C, în ambalajul original. Condiții de păstrare a soluției diluate: soluția diluată trebuie preparată imediat înainte de utilizare și nu trebuie păstrată dacă nu s-a efectuat administrarea. **Natura și conținutul ambalajului:** cutie cu un flacon din PVC de culoare brună care conține 125 ml sau 300 ml soluție cutanată. **Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor** Fără cerințe speciale. DAPP Laboratoire Innotech International, 22 Avenue Aristide Briand, 94110, Arcueil, Franța. APP nr. 7150/2014/01-02. Data revizuirii textului: Noiembrie, 2018.

Acest medicament se eliberează fără prescripție medicală. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați RCP complet al medicamentului. Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

ANEMIA PRIN CARENȚĂ DE FIER

tot'héma®

TRATEAZĂ PROMPT TOȚI PACIENȚII DUMNEAVOASTRĂ

- **Normalizează nivelul hemoglobinei în ziua 30** la toate tipurile de pacienţi[1,2,3]
- **Previne** consecinţele **anemiei prin carenţă de fier**[1,2,3]
- **Absorbţie rapidă** + **Toleranţă bună**[1,4]
- **Formulă unică:** $Fe^{2+} + Mn^{2+} + Cu^{2+}$.[5]

Denumirea comercială a medicamentului Tot'hema soluție orală. **Compoziția calitativă şi cantitativă** 10 ml soluție orală conțin: fer (gluconat de fer (II)) 50 mg, mangan (gluconat de mangan) 1,33 mg, cupru (gluconat de cupru) 0,70 mg. **Forma farmaceutică:** soluție orală limpede, brun închis, cu miros caracteristic. **Date clinice. Indicații terapeutice** Anemie prin carență de fer. Tratamentul preventiv al carenței marțiale de fer la gravide, nou născuți prematuri, gemeni sau la nou născuți ale căror mame au fost diagnosticate cu carență de fer, atunci când nu poate fi asigurat un aport suficient de fer din alimentație. **Doze şi mod de administrare** Tratament curativ - adulți: 100-200 mg fer/zi; nou născuți cu vârsta mai mare de o lună şi copii: 5-10 mg fer/kg şi zi. Tratament preventiv - gravide: 50 mg fer/zi în ultimele două trimestre ale sarcinii (sau din luna a patra). Mod de administrare: se diluează în apă, se administrează de preferință înainte de masă, dar orarul şi modul de administrare sunt în funcție de toleranța digestivă. Durata tratamentului: până la corectarea anemiei iar apoi până la refacerea rezervelor de fer (adult: femeie 600 mg şi bărbat 1200 mg). Anemia prin carență de fer: 3-6 luni în funcție de depleția rezervelor, eventual prelungit. Un control al eficacității la 3 luni de tratament: terapia trebuie să urmărească corectarea anemiei şi refacerea depozitului de fer. **Contraindicații:** hipersensibilitate la fer (gluconat de fer II), mangan (gluconat de mangan), cupru (gluconat de cupru) sau la oricare dintre excipienții; hemosideroză, hemocromatoză, supraîncărcare cu fer, defecte de transport şi stocare a ferului, tulburări în metabolizarea ferului (anemia saturnină, anemia sideroacrestică, talasemia, etc) şi alte anemii care nu sunt cauzate de carența de fer. **Atenționări şi precauții speciale pentru utilizare:** hiposideremia asociată cu sindroame inflamatorii nu răspunde la tratamentul marțial. Tratamentul marțial trebuie asociat pe cât posibil cu tratamentul cauzei hiposideremiei. Tot'hema nu este indicat la pacienți cărora li se administrează transfuzii repetate, pacienți cu hemoglobinopatii sau alte tipuri de anemii decât anemiile feriprive, cu excepția cazurilor în care există şi un deficit de fer; nu se administrează la pacienți cu afecțiuni gastro-intestinale preexistente. Tratamentul oral cu gluconat de fer nu va fi administrat concomitent cu tratament parenteral cu preparate care conțin fer. Anemiile feriprive răspund rapid la tratamentul oral cu Tot'hema, însă cauza anemiei trebuie depistată şi tratată. Se va ține cont că 10 ml soluție orală Tot'hema conțin 3 g zahăr. Raportul risc/beneficiu trebuie luat în considerare în caz de: alcoolism activ sau în remisie (alcoolul etilic poate creşte absorbția şi acumularea hepatică a ferului), hepatite sau insuficiențe hepatice, boli inflamatorii intestinale şi ulcer gastro-duodenale (pot fi exacerbate de administrarea orală de fer). Consumul unor cantități mari de ceai inhibă absorbția ferului. Conține glucoză: pacienții cu sindrom rar de malabsorbție la glucoză-galactoză nu trebuie să utilizeze acest medicament. Conține sucroză (zahăr): pacienții cu afecțiuni ereditare rare de intoleranță la fructoză, sindrom de malabsorbție la glucozăgalactoză sau insuficiență a zaharazei-izomaltazei nu trebuie să utilizeze acest medicament. **Interacțiuni cu alte medicamente şi alte forme de interacțiune:** nu se recomandă administrarea concomitentă cu preparate injectabile de fer – risc de lipotimie sau şoc prin eliberarea rapidă a ferului din forma sa complexă şi saturarea siderofilinei. Sărurile de fer scad absorbția tetraciclinelor, bifosfonaților (administrați oral). Se recomandă administrarea sărurilor de fer după un interval de peste 2 ore față de aceste medicamente. Sărurile, oxizii şi hidroxizii de magneziu, aluminiu şi calciu scad absorbția digestivă a sărurilor de fer. Sărurile de fer scad biodisponibilitatea după administrare orală a fluorochinolonelor prin chelare şi prin efect nespecific asupra capacitătii de absorbție din tubul digestiv. Se recomandă ca sărurile de fer să fie administrate la un interval de cel puțin 2 ore față de momentul administrării ciprofloxacinei. **Fertilitatea, sarcina şi alăptarea:** se poate administra în timpul sarcinii şi alăptării. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule şi de a folosi utilaje:** nu influențează. **Reacții adverse:** Acțiunea astringentă a gluconatului de fer poate produce iritație gastro-intestinală, manifestată prin dureri abdominale, greață şi vărsături; poate produce uneori înnegrire a dinților iar prin formarea de sulfură de fer apare colorație neagră a scaunului. Alte tulburări gastro-intestinale pot fi diareea sau constipația. Raportarea reacțiilor adverse suspectate Profesioniştii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul ANMDM http://www.anm.ro. Raportând reacțiile adverse, puteți contribui la furnizarea de informații suplimentare privind siguranța acestui medicament. **Supradozaj** În caz de ingestie a unei cantități foarte mari (în special la copii cu vârsta sub 2 ani), pot să apară semne de iritație şi necroză gastro-intestinală, însoțite de greață, vărsături şi stare de şoc. Tratamentul trebuie început cât mai repede posibil şi constă în efectuarea de spălături gastrice cu soluții de bicarbonat de sodiu 1%. Se recomandă utilizarea de substanțe chelatoare (deferoxamina), în special în sideremii > 5µg/ml, tratament simptomatic şi de susținere. Şocul, deshidratarea şi dezechilibrul acido-bazic se tratează conform principiilor clasice. **Proprietăți farmaceutice. Lista excipienților:** glicerol, glucoză lichidă, sucroză (zahăr), acid citric anhidru, citrat de sodiu, benzoat de sodiu (E 211), polisorbat 80, caramel de sulfat de sodiu, aromă de fructe (tutti frutti: acetat de izoamil, butirat de izoamil, benzaldehidă, metilfenilgliciditat de etil, gama undecalatonă, etilvanilină, alcool, apă), apă purificată. **Incompatibilități:** nu este cazul. **Perioada de valabilitate** 2 ani. **Precauții speciale pentru păstrare** A se păstra la temperaturi sub 25°C. **Natura şi conținutul ambalajului:** cutie cu 20 fiole din sticlă brună tip III, prevăzute cu capete de rupere, fiecare conținând 10 ml soluție orală. **Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor:** fără cerințe speciale. DAPP Laboratoire Innotech International, 22 Avenue Aristide Briand, 94110, Arcueil, Franța. APP nr. 9694/2017/01. Data revizuirii textului: Februarie 2017.

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați RCP complet al medicamentului. Acest material este destinat profesioniştilor din domeniul sănătății.

1- N. Milchev, H.P. Ivanchova and V. Paskalev. Medicamentous Treatment of Iron Deficiency Anaemia with Ferrous Gluconate. Akush Ginekol (Sofia). 2004, 43, (3) : 45-48 • 2- S.Y. Ammouth, G.S. Saneeva and A.V. Tchouprova. Les nouveaux faits dans le traitement de l'anémie sideropénique chez les enfants. Le journal des « Maladies des Nouveaux Nés et des Enfants ». 2001, 1 : 68-75 • 3- D. Cesarelli, P. Del Carlo, F. Bronzoni, A. Grossi, D. Minerbo and L. Gaffoni. Effectiveness and tolerability of oral liquid ferrous gluconate in iron-deficient anaemia during pregnancy and the immediate post-natal period : comparison with other liquid or solid formulations containing bivalent or trivalent iron. Minerva ginecologica. 1998, 49 : 511-518 • 4- Periodic safety update report 2017 (July 1st, 2016 - June 30th, 2017) • 5- Rezumatul caracteristicilor produsului Tot'hema®

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL
REPREZENTANȚA PENTRU ROMÂNIA :
Piața Charles de Gaulle, Nr. 2, Etaj 2, Sector 1 Bucureşti
Tel: 00 21 230 20 44, Fax: 00 21 230 20 47
E-mail: innotech.romania@innotech.com

„Medicul de familie are o relație specială cu pacientul său, o comunicare unică, deosebită de relația pe care orice pacient o are cu altcineva din sistemul de sănătate"

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

COVID-19 este tema actuală în sistemul medical mondial, deci și în România. Prima ușă deschisă de pacient este cea a cabinetului medicului de familie, de aceea discutăm cu dr. Sandra Adalgiza Alexiu, Președinte AMF-B, despre rolul medicului de familie în acest context.

Care sunt problemele actuale cu care se confruntă medicul de familie - practician și manager în România?

Problema noastra cea mai importantă este faptul că suntem în linia întâi complet descoperiți. Sigur că în acest moment, pare că slăbiciunea noastră este criza pandemică. Din păcate însă, am ajuns aici ca urmare a unui șir aproape nesfârșit de indecizii ale statului român, din cauza neaplicării a vreunei strategii de sănătate care să ne pună în valoare cu realul nostru rol de pion esențial al sistemului de sănătate.

Unii ne-au numit gatekeeper (păzitorii porților), alții baza sistemului. Toate teoriile de Management sanitar spun, și asta ca urmare a unor dovezi clare, că asistența medicală primară este elementul esențial care menține un sistem sanitar corect construit, permițând stratificarea corectă a rolurilor fiecărui actor din sistem. Ca să ajungi la fiecare palier al piramidei sanitare, este esențial să pleci de la un punct de început, de la un element de bază. Dacă vrei ca piramida să funcționeze corect, iar predictibilitatea să existe, trebuie să funcționeze corect asistența medicală primară: medicii de familie și asistenții lor, dar și asistența medicală comunitară.

Problemele noastre actuale se datorează faptului că poziția noastră de bază nu a fost luată în serios de nicio guvernare (cu foarte mici excepții care au încercat să ne doteze corespunzător)

iar esența profesiei noastre ca profesie liberală a fost discreditată. Treptat, medicul de familie și-a pierdut mult din prestanță, i s-au restrâns drepturile, i s-a pus pumnul în gură și i-a fost ignorat curriculum de pregătire. Multe dintre lucrurile pe care era normal să le facem a trebuit să le uităm, ne-a fost refuzat dreptul de a prescrie liber și neîngrădit, lucruri pe care colegii noștri care au plecat din România le-au luat de la capăt.

Am fost sistematic desconsiderați, s-a spus tuturor, fie direct, fie legislativ, că suntem medici la „mâna a doua", ceea ce ne-a facut pe unii dintre noi să plecăm capul, dar pe cei mai mulți dintre noi să ne transformăm în luptători pentru condiția noastră reală. Am învățat să ne solidarizăm, să ne grupăm, să comunicăm între noi, să strângem rândurile pentru a rezista la lovituri și Slavă Domnului, au fost destule!

Am fost aruncați cu ochii și mâinile legate în statutul de privat, fără să ne-o dorim, fără să știm ce este aceea sau fără să fim lăsați să alegem! Ne-am adaptat sau nu, au trecut 20 de ani și nu cred că mulți dintre noi sunt astăzi mulțumiți unde au ajuns. Unii au ales să plece imediat din sistem, unii au plecat din țară, unii și-au schimbat felul de a fi însă, au început să gândească economic și au făcut, cu mult curaj, pasul înainte. Mulți și-au dorit altceva, unii au realizat chiar!

Pe lângă toate acestea, asistăm aproape cu neputință la furia pandemică și la imaginile incredibile venite de la colegii noștri din alte țări, în fața unui dușman tăcut și nevăzut pentru care pare că lumea nu este pregătită.

Ca practicieni nu suntem dotați cu toate mijloacele de care avem nevoie

pentru a ne proteja pe noi, asistentele noastre, pacienții noștri, familiile noastre. Suntem în fața unei crize de sănătate publică pentru care nu avem arme. Nu se găsesc măști, mănuși, dezinfectante pentru mâini, pentru suprafețe, fiecare zi e o căutare febrilă pentru materiale și bineînțeles informații.

Ca manageri ne găsim în fața unei provocări noi: trebuie să ne instruim angajații, să ne organizăm activitatea cu totul altfel decât am făcut-o vreodată, să ne gândim tot timpul la dotări, siguranța angajaților, supraviețuirea cabinetelor într-un mediu economic care MEREU ne-a fost ostil și în fața unor parteneri contractuali care aproape niciodată nu ne-au înțeles rolul, menirea și nici nevoile.

Vă rugăm să ne comunicați ce manifestări pentru educația medicală se vor desfășura anul acesta sub umbrela AMF-B.

Dacă mi-ați fi pus această întrebare în urmă cu o lună, v-aș fi pus în primul rând despre Conferința noastră.

Din păcate, în acest moment nu o mai putem face. Pandemia ne-a pus în situația de a lua în calcul marea responsabilitate de a ne proteja colegii. Am luat una dintre cele mai grele decizii, dar am facut-o cu conștiința că aceasta este singura cale.

Am fost primii care au anunțat amânarea unui eveniment medical și probabil cel mai amplu eveniment medical din prima parte a anului. Am fost și de această dată deschizători de drum, din păcate. A urmat și anularea simpozioanelor noastre din martie și va urma probabil și luna aprilie.

Această nouă situație ne-a făcut să reconsiderăm masiv modul în care se poate face educația medicală continuă a membrilor noștri.

Suntem la un pas de a realiza concret acest lucru și de a face pasul înainte în era tehnologică, pentru a oferi colegilor alternative de care au nevoie. Gândim o platformă online complexă, care să dea soluții moderne de comunicare împletite cu soluții de învățare și educație medicală continuă.

Ce parteneriate aveți cu alte societăți medicale și cum se implică AMF-B în societatea medicală românească?

Suntem cea mai solidă asociație a medicilor de familie din România. Avem cele mai complexe forme de educație medicală, campanii pentru medici și pacienți, oferte profesionale, avantaje pentru membrii noștri, datorită unei echipe consolidate în ani de zile și membrilor noștri care ne asigură un feedback permanent.

Comunicăm între noi cu o efervescență incredibilă pe toate mijloacele clasice și de tehnologie modernă și creștem împreună în diverse proiecte care se desfășoară de ani de zile și care au evoluat o dată cu noi.

Avem parteneri tradiționali și serioși cu care construim împreună proiecte interesante și de durată. Alături de Patronatul Medicilor de Familie București Ilfov, de exemplu, activitatea noastră se desfășoară practic în paralel. AMF-B gestionează practic activitatea profesională și educația medicală, în timp ce PMFB se ocupă de cabinetul medicului de familie ca afacere sau unitate privată care trebuie să fie mereu în pas cu legile, contractele și partenerii.

Avem un parteneriat profesional cu Asociația pentru Tulburările de Somn la Copii și Adolescenți, ne asigurăm reciproc forme de educație medicală continuă, organizăm împreună sesiuni în conferințe și sesiuni interdisciplinare.

Un parteneriat nou cu Edenred punctează rolul medicului de familie într-o nutriție corectă. Suntem pe cale de a porni un proiect extrem de interesant cu Fundația Internațională Ana Aslan, un proiect multieuropean care se adresează pacientului fragil, aflat în centrul unei echipe interdisciplinare din care medicul de familie face parte.

Medicii de familie sunt zi de zi față în față cu pacienții, cu problemele și nevoile lor medicale. Dorim să ne informați ce campanii aveți pentru aceștia?

Știți, medicul de familie are o poziție privilegiată în sistemul de sănătate, pentru că are o relație specială cu pacientul său, o comunicare unică, deosebită de relația pe care orice pacient o are cu altcineva din sistemul de sănătate. Pacientul meu face parte dintr-o familie pe care eu ca medic de familie o cunosc bine, îi știu punctele forte și pe cele slabe, riscurile de boală, bolile congenitale, istoricul fiecărui membru al familiei. Asta crează o relație specială între noi și de aici reiese nevoia unor campanii speciale, dedicate informării dar mai ales apărării pacienților noștri.

De fiecare dată când medicul de familie este confruntat cu o problemă în sistem, primul care are de suferit e pacientul său, de asta cred că nu e niciodată suficient să spunem că facem campanii de informare pentru pacienții noștri. Așa cum îi călăuzim prin sistemul medical, așa suntem și datori să îi protejăm de defectele acestuia. De aceea, dacă vă uitați în istoricul nostru, veți găsi și astfel de „lupte" pentru pacienții noștri: cu sistemul informatic mereu defect, cu birocrația, cu circuitele nefuncționale din sistem.

Dar pe lângă acestea, veți găsi mereu informări pertinente pe pagina noastră de Facebook, pentru pacienții noștri!

Lucrăm acum la câteva proiecte care se vor moderniza. De exemplu, un produs marca AMF-B, "Cartea pacientului", un compendiu de informații pentru pacienți din diverse domenii medicale va trece acum din versiunea print în versiunea electronică și va fi disponibilă curând medicilor de familie, pentru pacienții lor.

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 de familie.

Strategia noastră acum se va schimba radical. Căutăm cu febrilitate soluții pentru criza pandemică și pentru a ne alinia la toate măsurile care să ne protejeze colegii, dar și să ne putem păstra bunele obiceiuri de a învăța permanent. Sperăm să trecem cu bine peste toate acestea și să ne vedem cu toții sănătoși în a doua parte a anului.

Constipația cronică la adult și vârstnic: principii de abordare clinică

As. Univ. Dr. Oana Petrea

Semiologie Medicală și Gastroenterologie, medic specialist Gastroenterologie

Prof. Univ. Dr. Anca Trifan

Șef Lucrări Dr. Cătălin Sfarti

Conf. Univ. Dr. Irina Gîrleanu

Prof. Univ. Dr. Carol Stanciu,

Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie Iași, Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon" Iași, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore. T. Popa" Iași

Considerații generale. Definiție

Spectrul tulburărilor de tranzit intestinal include o serie de manifestări subiective și obiective care apar ca urmare fie a încetinirii tranzitului intestinal și/sau a dificultăților de defecație, fie în contextul accentuării acestuia cu apariția scaunelor de consistență redusă și frecvență crescută.

Constipația reprezintă un sindrom clinic caracterizat printr-o serie de manifestări precum senzația de evacuare incompletă, necesitatea depunerii unui efort suplimentar pentru realizarea defecației, alături de dureri abdominale și eliminarea unui număr redus de scaune (sub trei/săptămână), cu o consistență crescută.

Constipația este una dintre cele mai frecvente acuze din sfera gastroenterologică, prevalența acesteia fiind între 10-30% din populația generală [1]. Totuși, deși prevalența constipației crește progresiv după vârsta de 60 de ani și este de trei ori mai frecventă la femei față de bărbați, se pare că aceasta este subestimată în condițiile în care peste 65% dintre pacienți nu se adresează unui clinician, ci preferă utilizarea tratamentului cu laxative din proprie inițiativă [2,3]. Cert este că impactul acestei afecțiuni asupra calității vieții pacientului cu constipație, atât din punct de vedere socio-economic, cât și psiho-emoțional este important.

Factori de risc

Pe lângă vârsta înaintată și sexul feminin, au fost raportați și alți factori de risc pentru dezvoltarea constipației, cum ar fi: sedentarismul, dieta săracă în fibre alimentare, obezitatea, istoricul familial de constipație, statusul socio-economic redus, precum și afecțiuni psihiatrice ca anxietatea și/sau depresia [4,5].

Fiziopatologie. Clasificare

Constipația reprezintă un simptom și nu o boală în sine, putând fi consecința a multiple alte afecțiuni. Astfel, constipația cronică secundară se poate asocia cu un spectru larg de boli, precum și cu utilizarea prelungită a unor medicații variate (Tabelul 1). În urma excluderii principalelor cauze de constipație secundară, se are în vedere așa-numita constipație primară sau idiopatică, consecință fiziopatologică a încetinirii tranzitului colonic și/sau a tulburărilor de defecație [6].

Constipația de tranzit (constipația cu tranzit colonic încetinit) se datorează reducerii mișcărilor propulsive ale colonului. Mecanismele care stau la baza acestui fenomen de încetinire a tranzitului colonic sunt: tulburări ale activității musculaturii netede și ale inervației autonome a colonului, disfuncții ale neurotransmițătorilor care reglează activitatea neuromusculară a colonului, leziuni ale sistemului nervos central, precum și alterarea absorbției/secreției la nivelul colonului și disbioza intestinală [2,6,7].

Constipația distală (tulburarea defecației) este cauzată de absența coordonării musculaturii planșeului pelvin în timpul efortului de defecație. Acest fenomen reprezintă de cele mai multe ori o consecință a alterării senzitivității rectale. În unele cazuri, tulburarea de defecație poate fi accentuată de un dezechilibru între activitatea sistemului nervos simpatic și parasimpatic, asociat cu o reducere a tonusului motor și a mișcărilor propulsive ale colonului [8-10].

Atât constipația de tranzit, cât și cea distală pot fi întâlnite ca entități separate sau pot coexista. Mai mult decât atât, în 24-58% dintre cazuri încetinirea tranzitului colonic și tulburările defecației pot coexista cu sindromul de intestin iritabil cu predominanța constipației [2].

Tabelul 1. Cauze de constipație cronică secundară (6,7)

MEDICAMENTE	AFECȚIUNI
Opioide	Diabet zaharat
Suplimente de fier	Hipotiroidism, hiperparatiroidism
Antiacide	Depresie, anxietate
Blocanți de canale de calciu, diuretice	Afecțiuni cerebro-vasculare
Antihistaminice	Neoplazii digestive
Antidepresive triciclice	Prolaps rectal, rectocel, disfuncție planșeu pelvin
AINS	Colită ischemică, BII, SII
Antiparkinsoniene, antiepileptice	Colagenoze, vasculite

AINS: antiinflamatoare non-steroidiene; BII: boală inflamatorie intestinală; SII: sindrom de intestin iritabil

OptiFibre®

Constipație? Balonare? Disconfort abdominal?

OptiFibre® conține 100% fibre solubile, cu efect prebiotic, care ajută la reglarea tranzitului intestinal.

Cui se recomandă OptiFibre®

- Adulți și copii cu vârsta peste 3 ani
- Femei însărcinate sau care alăptează
- Vârstnici

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

- Se recomandă administrarea regulată de OptiFibre® pentru minimum 3 săptămâni, pentru un efect susținut.
- OptiFibre® are o toleranță bună și poate fi administrat pe termen lung fără efecte adverse.
- După ce consumați OptiFibre® nu este necesar un aport suplimentar de lichide, ca în cazul altor produse pe bază de fibre.

Avantajele OptiFibre®

- 100% origine vegetală
- Gust neutru
- Dozare ușoară
- Fără gluten

Peste 95% dintre consumatorii care au testat OptiFibre® au fost mulțumiți de efectele acestuia.*

OptiFibre® nu conține gluten sau zaharuri adăugate.
Poate fi consumat și de către persoanele care suferă de diabet.

Nestlé HealthScience

www.nestlehealthscience.ro/optifibre

*Studiu efectuat în perioada februarie – martie 2019 pe un eșantion de 230 de persoane cu probleme de tranzit intestinal.

În cazul vârstnicilor, prevalența constipației ajunge la 43% din populația cu vârsta de peste 70 de ani. De asemenea, vârstnicii percep constipația ca o senzație de tensiune și dificultate în evacuarea scaunului [7]. Se pare ca apariția constipației la vârstnici se asociază cu alterarea senzitivității rectale și inhibarea senzației de evacuare a scaunului. Totodată, neuropatia autonomă din cadrul unor afecțiuni precum diabetul zaharat și boala Parkinson, sau utilizarea unor medicamente (opiozii, anticolinergicele) pot fi răspunzătoare pentru dezvoltarea constipației la vârstnici [7].

Nu de puține ori, pacienții vârstnici cu constipație se pot prezenta cu impactare de fecaloame și secundar cu ulcerații sau perforații colonice, alături de fenomene de ocluzie/subocluzie intestinală. Printre factorii de risc care predispun la aceste manifestări se numără imobilizarea prelungită la pat, leziunile medulare și tulburările cognitive [11,12]. De asemenea, se pare că efortul prelungit de evacuare al scaunului se asociază cu dezvoltarea hemoroizilor, a fisurilor anale sau a prolapsului rectal.

Diagnostic clinic

Anamneza și examenul fizic reprezintă etape cruciale în evaluarea pacientului cu constipație cronică. Prin intermediul unei anamneze complete și riguroase se urmărește obținerea unor date legate de debutul constipației, aspectul și consistența scaunului (scala Bristol), frecvența scaunelor, senzația de evacuare incompletă, simptome asociate precum meteorismul abdominal sau durerile abdominale, administrarea laxativelor, dietă, istoricul de intervenții chirurgicale sau de neoplazii.

Prezența simptomelor și a „semnelor de alarmă" (scădere ponderală, rectoragii/hematochezie, anemie feriprivă, constipație recent instalată mai ales la vârstnici, istoric familial de cancer colorectal sau boli inflamatorii intestinale, modificarea calibrului scaunului) impun excluderea prin examene paraclinice a cauzelor de constipație secundară.

În cazul pacienților vârstnici, anamneza trebuie să cuprindă și eventualele boli asociate precum și tratamentul acestora, alături de evaluarea nutrițională și cognitivă cât mai precisă.

Examenul fizic, atât al abdomenului, cât și al planșeului pelvin, completat cu efectuarea tușeului rectal pot oferi informații legate de prezența maselor tumorale abdominale, a prolapsului rectal, alături de identificarea hemoroizilor sau a fisurilor anale, precum și aprecierea tonusului sfincterului anal.

Necesitatea standardizării unor criterii de diagnostic pentru pacienții cu constipație cronică, precum și a managementului ulterior al acestor pacienți, a impus elaborarea unor criterii de diagnostic Roma IV, utile în practica clinică [13]. Aceste criterii trebuie să fie prezente în ultimele 3 luni, cu debutul simptomelor cu cel puțin 6 luni înaintea diagnosticului:

- Pacienții trebuie să îndeplinească cel puțin 2 din următoarele 6 criterii:
  - Efort prelungit, încordare în timpul a cel puțin 25% din defecații;
  - Scaune tari în timpul a cel puțin 25% din defecații;
  - Senzația de evacuare incompletă pentru cel puțin 25% din defecații;
  - Senzația de obstrucție ano-rectală
  - Manevre manuale de facilitare a evacuării scaunului (evacuare digitală, susținerea planșeului pelvin) a cel puțin 25% din defecații
  - <3 scaune/săptămână
- Evacuare dificilă a scaunelor în absența utilizării laxativelor
- Criterii insuficiente pentru diagnosticul de sindrom de intestin iritabil

Explorări paraclinice

Anamneza și examenul fizic rămân principalele instrumente utilizate în practica clinică cu scopul de a orienta necesitatea efectuării unor explorări diagnostice suplimentare. Astfel, realizarea testelor diagnostice specifice nu se indică de rutină dacă nu există suspiciunea unei patologii organice.

În cadrul evaluării inițiale a pacientului cu constipație se recurge la efectuarea unor teste de laborator precum: hemoleucogramă, glicemie, sideremie, sindrom inflamator nespecific, ionogramă serică, testul hemoragiilor oculte în scaun, alături de dozarea hormonilor tiroidieni, a calcemiei și a calprotectinei fecale.

Dacă anamneza și examenul obiectiv orientează către o patologie organică prin prezența simptomelor și a semnelor de alarmă se recomandă evaluarea endoscopică (rectosigmoidoscopie și/sau colonoscopie).

Odată cu utilizarea pe scară largă a colonoscopiei, irigografia și-a păstrat un rol limitat, fiind recomandată în principal pentru diagnosticul de megacolon sau megarect.

Explorările funcționale sunt indicate în cazul pacienților cu forme severe de constipație severă, non-responsivă la administrarea laxativelor, după excluderea unor patologii organice colonice sau extracolonice [14,15]. Aceste explorări suplimentare includ:

- Determinarea timpului de tranzit colonic prin utilizarea de markeri radioopaci;
- Defecografia (evaluează funcția de evacuare a rectului prin introducerea în rect a unei substanțe baritate cu urmărirea evacuării acesteia sub control radiologic);
- Manometria ano-rectală (identifică reflexele de defecație și tulburările de motilitate ale rectului și sfincterului anal intern prin urmărirea distensiei rectului cu un balonaș introdus intrarectal);
- Electromiografia sfincterului anal extern;
- Testarea sensibilității rectale la distensie.

Conduită terapeutică

Principiile de tratament în constipația cronică urmăresc adoptarea unor măsuri non-farmacologice de schimbare a stilului de viață și al dietei, alături de măsuri farmacologice, terapie de biofeedback, și în cazuri atent selecționate de intervenție chirurgicală.

Măsurile non-farmacologice au drept scop adoptarea unei diete bogate în fibre vegetale (20-35g/zi) prin introducerea în alimentație a fructelor, legumelor, cerealelor, alături de o hidratare corespunzătoare (minim 8 pahare de apă/zi), cu evitarea alimentelor procesate, sărace în fibre. De asemenea, se recomandă includerea în stilul de viață a exercițiilor fizice regulate, adaptate fiecărui pacient în parte, al unui orar zilnic al scaunului, precum și a prudenței în utilizarea excesivă a laxativelor [14,16,17].

Măsurile farmacologice sunt recomandate pentru tratamentul constipației cronice atunci când măsurile igieno-dietetice nu au dat rezultate [14,18]. Astfel, principalele categorii de laxative recomandate pentru o perioadă scurtă de timp, cu evitarea instalării dependenței sunt:

Salvestrol® CITOSTATICE 100% NATURALE

Identifică și atacă doar celulele canceroase

Enzima numită CYP1B1 prezentă doar în celulele canceroase

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

Salvestrolii sunt activaţi de enzima CYP1B1 şi apoi metabolizaţi în substanţe ce acţionează ca citostatice naturale care forţează celula tumorală să intre în apoptoză.

- În organismul nostru se nasc zilnic aproximativ 1000 de celule tumorale;
- Salvestrolii sunt citostatice naturale, obținute din plante;
- Salvestrolii acționează doar asupra celulelor tumorale, fără afectarea celulelor sănătoase;
- Salvestrolii reduc efectele adverse ale terapiilor clasice (chimioterapie/radioterapie) și amplifică eficiența acestora;
- Salvestrolii ajută organismul uman să se apere și să lupte eficient împotriva cancerului;

Complexul fitonatural Salvestrol a fost dezvoltat în urma testelor efectuate pe țesuturi canceroase din creier, sân, prostată, colon, ovar, testicule, plămâni, leucemii, limfoame, cu rezultate promițătoare.

LIPOZOMAL CURCUMIN 95%

Soluția naturală pentru a reduce **INFLAMAȚIA** și **DUREREA** ce însoțesc bolile cronice: **cancerul**, **bolile autoimune**, **bolile reumatismale**, **colita** și **maladia Alzheimer**.

1000 de studii clinice ***in vivo*** și ***in vitro***, la nivel mondial.

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

www.HyperNatura.com

- Laxative osmotice – conțin polietilenglicol și polizaharide neabsorbabile (lactuloză, lactilol);
- Laxative de volum – includ fibre vegetale nedigerabile care acționează prin creșterea conținutului colonic și stimularea peristaltismului (meticeluloza, psyllium);
- Laxative emoliente – ulei de parafină, docusat sodic;
- Laxative stimulante – ulei de ricin, antrachinone (senna);
- Laxative saline – sulfatul de magneziu și hidroxidul de magneziu.

În cazul constipației prin tulburări de evacuare, un rol benefic îl poate avea și administrarea de supozitoare (glicerină, bisacodil) sau de clisme, care acționează prin distensie rectală și implicit prin stimularea receptorilor mucoasei ano-rectale.

Prokineticele pot fi utilizate în cazurile cu un răspuns inadecvat/refractare la administrarea de laxative. Cele mai utilizate prokinetice sunt metoclopramida și domperidona. Recent, ghidurile recomandă prucaloprid ca prokinetic în cazul femeilor cu constipație refractară la dieta bogată în fibre și la tratamentul convențional cu laxative [14,19].

Secretagogele intestinale (lubiprostone, linaclotide) acționează prin creșterea secreției de apă și electroliți în lumenul intestinal prin activarea canalelor luminale ale enterocitelor [20].

Terapia de biofeedback este recomandată pacienților diagnosticați cu constipație prin tulburarea defecației. Această metodă constă în realizarea de către pacient a unor exerciții de reeducare a musculaturii planșeului pelvin cu scopul obținerii relaxării în timpul defecației. Se pare că această metodă terapeutică se asociază cu o rată de succes care variază între 40-90% [21].

Tratamentul chirurgical este rezervat doar cazurilor de constipație secundară prin obstrucție. Astfel, prin intermediul intervenției chirurgicale se pot corecta prolapsul rectal, rectocelul sau invaginația asociată constipației, cu ameliorarea simptomatologiei locale. De asemenea, în cazuri excepționale se poate recurge la colectomie subtotală cu anastomoză ileorectală [14].

Complicații

Complicațiile determinate de constipația cronică pot fi colonice și extracolonice și în general nu se asociază cu un prognostic vital nefavorabil.

Una dintre complicațiile colonice importante, care survine la pacienții vârstnici cu constipație cronică este pseudo-obstrucția colonică acută sau sindromul Ogilvie. Această complicație se caracterizează prin apariția unui sindrom ocluziv la pacienții vârstnici, imobilizați la pat, cu istoric de administrare de narcotice/benzodiazepine.

Printre alte complicații colonice raportate se numără prolapsul rectal, impactul fecal și apariția hemoroizilor complicați cu tromboză și hemoragie.

Dintre complicațiile extracolonice, amintim dezvoltarea infecțiilor urinare de tract inferior, prostatoreea, alături de hernii inghinale și eventrații prin creșterea presiunii intraabdominale în timpul defecației [2].

Evoluție. Prognostic

Majoritatea pacienților cu constipație funcțională/primară au o evoluție favorabila în timp odată cu corectarea factorilor declanșatori și administrarea unui tratament individualizat. În cazul formelor de constipație secundară, prognosticul pacienților depinde de evoluția și răspunsul la tratament al afecțiunii cauzale.

Este important de reținut faptul că, în toate cazurile de evaluare a pacienților cu constipație, identificarea „semnelor de alarmă" printr-o anamneză și un examen obiectiv riguros pot influența radical diagnosticul, managementul și prognosticul pacienților.

Bibliografie

1. Prichard DO, Bharucha AE. Recent advances in understanding and managing chronic constipation. F1000Res 2018; 7:1640.
2. Vere C, Ciurea T. Constipația cronică. În Gastroenterologie și Hepatologie Clinică. București: Editura Medicală; 2018. p.221-233.
3. Mugie SM, Benninga M, di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2011;25:3-18.
4. Liu F, Kondo T, Toda Y. Brief physical inactivity prolongs colonic transit time in elderly active men. Int J Sports Med 1993;14:465-467.
5. Peppas G, Alexiou VG, Mourtzoukou E, Falagas ME. Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: a systematic review. BMC Gastroenterol 2008;8:5.
6. Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, et al. Clinical practice guidelines for the management of constipation in adults. Part 1: Definition, aetiology and clinical manifestations. Gastroenterol Hepatol 2017; 40(3):132-141.
7. Jamshed N, Lee ZE, Olden KW. Diagnostic approach to chronic constipation in adults. Am Fam Physician 2011;84:299-306.
8. Andrews CN, Storr M. The pathophysiology of chronic constipation. Can J Gastroenterol 2011;25(suppl B):16B-21B.
9. Mertz H, Naliboff B, Mayer EA. Symptoms and physiology in severe chronic constipation. Am J Gastroenterol 1999;94:131-138.
10. Rao SSC, Mudipalli RS, Stessman M, Zimmerman B. Investigation of the utility of colorectal function tests and Rome II criteria in dyssynergic defecation (anismus). Neurogastroenterol Motil 2004;16:589-596.
11. De Lillo AR, Rose S. Functional bowel disorders in the geriatric patient: constipation, fecal impaction, and fecal incontinence. Am J Gastroenterol 2000;95(4):901-905.
12. Gallagher P, O'Mahony D. Constipation in old age. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2009;23(6):875-887.
13. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV. Gastroenterology 2016;150:1262-1279.
14. Sobrado CW, Neto IJ, Pinto RA, et al. Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria. J Coloproctol 2018;38:137-144.
15. Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, et al. Clinical practice guidelines for the management of constipation in adults. Part 2: Diagnosis and treatment. Gastroenterol Hepatol 2017;40(4):303-316.
16. Mearin F, Lacy BE, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M,et al. Bowel disorders. Gastroenterology 2016;150:407–1393.
17. Ford AC, Suares NC. Effect of laxatives and pharmacological therapies in chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis. Gut 2011;60:209–218.
18. Andresen V, Layer P. Medical therapy of constipation: current standards and beyond. Visc Med 2018;34:123-127.
19. Shin A, Camilleri M, Kolar G, et al. Systematic review with meta-analysis: highly selective 5-HT4agonists (prucalopride, velusetrag or naronapride) in chronic constipation. Aliment Pharmacol Ther 2014;39:239–253.
20. Andresen V, Camilleri M, Busciglio IA, et al. Effect of 5 days linaclotide on transit and bowel function in females with constipation-predominant irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2007;133:761–768.
21. Ba-Bai-Ke-Re MM, Wen NR, Hu YL, et al. Biofeedback-guided pelvic floor exercise therapy for obstructive defecation: an effective alterna¬tive. World J Gastroenterol 2014;20(27):9162-9169.

VPL Healthcare

CABINETE PRIVATE DIN ANGLIA ANGAJEAZĂ MEDICI DE FAMILIE ROMÂNI!

Cabinetele private din Anglia se confruntă cu o criză din ce în ce mai mare de personal și continuă să caute peste 2.000 de Medici de Familie din Sud-Estul Europei. România este printre țările cele mai dorite de angajatori!

2.000 DE LOCURI DE MUNCĂ DISPONIBILE ÎN CABINETE PRIVATE DIN ANGLIA!

Cabinetele private, în colaborare cu spitalele publice din Anglia (NHS England), oferă contracte extrem de atractive pentru Medicii de Familie din Uniunea Europeană, pentru a își acoperi deficitul de forță de muncă și pentru a continua să livreze servicii calitative rezidenților țării.

Burse de studiu, salarii atractive și suport pentru relocarea împreună cu familia, sunt doar câteva dintre principalele beneficii ale acestui program de recrutare.

CONTRACTELE CU NHS ENGLAND VĂ POT ADUCE UN VENIT DE PÂNĂ LA 100.000£ / AN

VPL Healthcare este o companie de recrutare din București, cu peste 10 ani de experiență în oferirea de opțiuni de carieră pentru cadrele medicale din România.

VPL Healthcare este singura companie din România aprobată de spitalele publice din Anglia pentru recrutarea Medicilor de Familie, prin intermediul programului de recrutare denumit Induction and Refresher Scheme. Acest program de recrutare este coordonat de NHS England, unul dintre cei mai mari angajatori din lume.

Iată câteva dintre beneficiile pe care un contract încheiat în colaborare cu NHS England le poate aduce unui Medic de Familie din România:

- Venituri anuale de până la 90.000£ în primul an, iar din al 2-lea an de activitate, de până la 100.000£
- Cazare gratuită timp de 3 luni de zile pentru Medic și familia acestuia
- O vizită în Anglia, plătită de program, pentru ca Medicul să cunoască față-în-față angajatorul, înainte de semnarea contractului
- Suport pentru obținerea dreptului de liberă practică în Anglia
- Bilete de avion pentru Medic și familia acestuia către Anglia
- 8.500£ oferite în scopul relocării bunurilor din România către Anglia

NHS England oferă Medicilor de Familie posibilitatea de a se înscrie într-un program de studiu intensiv de învățare a limbii engleze, pentru o perioadă de 3 luni de zile.

Timp de 5 luni de zile (perioada training-ului și pregătirea pentru examenele lingvistice), Medicul va primi o bursă de studiu extrem de atractivă.

Cursurile vor fi livrate LIVE, online de către una dintre cele mai cunoscute școli de training lingvistic medical din România.

BURSĂ DE STUDIU PLĂTITĂ PENTRU A ÎNVĂȚA LIMBA ENGLEZĂ!

LA ACEASTĂ OFERTĂ POT APLICA TOȚI MEDICII DE FAMILIE DIN ROMÂNIA, CU EXPERIENȚĂ SAU PROASPĂT SPECIALIȘTI, CARE AU UN NIVEL CONVERSAȚIONAL DE LIMBA ENGLEZĂ!

MAI MULTE INFORMAȚII: MARA Oprea | mara@vplhealthcare.com | 0730-558-662

„Împreună, doar împreună putem merge pe acest drum al dezvoltării specialității noastre"

Interviu realizat cu dr. Răzvan Miftode,
Vicepreședinte SNMF, Coordonator Departament Profesional Științific

SNMF este una dintre cele mai mari și mai puternice societăți profesionale medicale din România. Cum contribuie la asigurarea continuității și coerenței politicii de asistență medicală primară/de familie în România?

Deși nu este organism legislativ sau cu putere decizională în domeniul medical, SNMF s-a implicat și se implică activ, tenace și continuu în procesul de ameliorare a politicilor sanitare din țara noastră. Menționez în primul rând implicarea an de an în ameliorarea prevederilor Contractului Cadru și a Normelor acestuia în ceea ce privește activitatea profesională din asistența medicală primară, dar și participarea, de-a lungul anilor, la realizarea unor proiecte legislative în domeniul Sănătății. Referitor la structura și conținutul Contractului Cadru, SNMF a pledat și argumentat permanent pentru respectarea independenței profesionale a medicilor de familie, reducerea birocrației, respectarea independenței manageriale a propriului cabinet, creșterea finanțării. Contrar eforturilor noastre, aceste deziderate au fost îndeplinite doar parțial, constatându-se în continuare ingerințe neproductive în conduita profesională a colegilor noștri, menținerea restricțiilor în ceea ce privește utilizarea resurselor sistemului, dar și o birocrație excesivă, împovărătoare. În planul relației cu alte organisme, aș menționa colaborarea cu instituții prestigioase internaționale – Banca Mondială și OMS – dar și cu autoritățile centrale române – Parlamentul României, Ministerul Sănătății, CNAS – colaborări materializate prin cel puțin 10 documente și rapoarte de anvergură. Reprezentanți ai SNMF au colaborat cu alte organizații și instituții în elaborarea unor acte legislative (ex. Legea Vaccinării), sau au fost și sunt în permanență consultați pentru elaborarea altor acte normative. Trei membri ai Biroului Executiv al SNMF sunt membri ai Comisiei de Specialitate din Ministerul Sănătății, iar un vicepreședinte este secretarul acesteia. În ultimii patru ani am elaborat și trimis nu mai putin de 45 de documente (sesizări, solicitări, petiții), toate având ca subiect îmbunătățirea cadrului legal în care colegii noștri își desfășoară activitatea. Putem afirma că prezența SNMF și în acest domeniu este o realitate, și o realitate de care s-a ținut și se ține cont. Vom menține același nivel de implicare ca și până acum.

Care sunt proiectele SNMF (activități și inițiative) ce promovează dezvoltarea și afirmarea specialității de medicina familiei?

Nu putem vorbi de prezent fără a aminti realizările din trecut. Încă de la înființare, în urmă cu aproape 40 de ani, SNMF a avut drept scop dezvoltarea profesională a specialității noastre. Înainte de 1989 erau medicii generaliști (pentru adulți și copii), acum ne referim la medicii de familie. Revenind la întrebare, aș dori să subliniez faptul că, deși în trecut au existat proiecte și activități pentru dezvoltarea specialității materializate prin desfășurarea de manifestări științifice, apariția de publicații, abia după anul 1990 specialitatea noastră capătă o anvergură semnificativă iar Societatea Națională de Medicina Familiei începe să se dezvolte și să crească atât în număr de membri cât și în activitățile și proiectele desfășurate. Consider că momentul vitalizării organizației naționale și, în general, a specialității noastre (Medicina Generală devenind specialitate recunoscută la începutul anilor '90, cu examen de intrare în rezidențiat, pregătire vocațională de 3 ani, examen de absolvire a specializării) s-a produs la debutul anilor 2000. Atunci, pe fondul privatizării Medicinei Generale în cadrul reformei sistemului sanitar, s-au desfășurat o serie de proiecte de educație medicală care au declanșat o reacție în lanț benefică pentru dezvoltarea ulterioară a specialității noastre și organizațiilor medicilor de familie. Utilizând noii formatori în Medicina Familiei, pregătiți în cadrul a două ample programe specifice (MATRA și NICARE), derulate și în colaborare cu SNMF, noi proiecte educaționale naționale au fost puse în practică, abordând teme de mare actualitate (bolile respiratorii

cronice – EdAsma, bolile cardiovasculare și neurologice – AxxA, etc.). Putem spune că primul deceniu al secolului 21 a reprezentat perioada de efervescență a specialității noastre, favorizând atât dezvoltarea Societății Naționale cât și a organizațiilor membre. Începând cu 2009, o nouă echipă a venit la conducerea SNMF, cu o nouă abordare având ca scop dezvoltarea Societății Naționale și demararea unui amplu proiect de educație medicală continuă. Aceste eforturi au fost materializate în ultimii ani în numeroase manifestări științifice de anvergură: Congresele Naționale au devenit tradiționale, la fel și Conferințele Naționale anuale, parteneriatul cu alte Societăți științifice internaționale, conferințele regionale care se desfășoară an de an de o bună bucată de timp. Pe planul educației medicale continue, SNMF a organizat două programe de formare de formatori, în urma cărora peste 60 de colegi au devenit instructori-formatori în Medicina Familiei. În prezent, actuala conducere a SNMF, aleasă în anul 2018, a pregătit și a demarat deja al treilea program de formare de instructori-formatori, cu 40 de cursanți, cu o curriculă updatată conform noilor tendințe și poziționări în Medicina de Familie europeană. Cursul este organizat de SMNF în parteneriat cu Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare și creditat de Colegiul Medicilor din România. Speranța noastră este că se va încheia cu bine iar specialitatea noastră se va bucura de contribuția noilor formatori la dezvoltarea portofoliului de abilități și îngrijiri de sănătate acordate pacienților noștri. Nu în cele din urmă, aș dori să subliniez activitatea grupurilor de lucru din cadrul SNMF, înființate și funcționând asemănător grupurilor similare din alte societăți profesionale. Grupurile noastre de lucru au apărut, normal, din nevoia firească de aprofundare a domeniilor de primă importanță pentru Medicina de Familie, nu numai medicale dar și legislative, manageriale. Subliniez varietatea direcțiilor de lucru: de la vaccinologie la nefrologie sau de la ecografie la sănătate mintală. În acest moment sunt 13 grupuri de lucru care activează în cadrul SNMF, cu organizare autonomă și inițiative încurajate de Biroul Executiv. Munca acestor echipe s-a materializat prin zeci de comunicări științifice la manifestările noastre dar și la conferințele altor specialități, documente de poziție, intervenții și colaborări cu alte eșaloane ale administrației sau cu alte societăți profesionale. Nu pot omite colaborările internaționale, aici dorind să remarc în special pe colegii din grupurile de Vaccinologie, RespiRo, GastRo și Echografie. Sperăm ca activitatea lor să continue, ele având întregul sprijin al SNMF.

SNMF are o bogată activitate științifică, reprezentată de organizarea cursurilor și manifestărilor de educație medicală continuă. Vă rugăm să menționați care sunt acestea.

O parte a informațiilor am prezentat deja ca răspuns la întrebarea anterioară. În ultimul deceniu SNMF a organizat sau girat o serie de ateliere/cursuri destinate colegilor din țară, pe diverse teme de interes. Aș menționa doar pe cele recente, și anume atelierele privind abordarea pacientului diabetic sau cele despre abordarea pacientului cu patologie hepatică. Alături de cursurile live, SNMF organizează de peste 8 ani cursuri online, utilizând platforma formaremedicala.ro. Zeci de cursuri au fost pregătite și oferite colegilor interesați; în prezent sunt 28 cursuri online, pe teme dintre cele mai variate: cardiologie, pneumologie, diabet și boli de nutriție, boli infecțioase, vaccinologie s.a.m.d. Aceste cursuri sunt apreciate și accesate, sute de colegi absolvind testul final. De asemenea, manifestările științifice itinerante, Medical Forum și Medic.ro, devenite tradiție, care se desfășoară anual în 15 – 20 de locații în întreaga țară, oferind medicilor de familie din zonele respective acces facil la noutățile medicale. De la începutul anului 2018 până în prezent s-au derulat nu mai puțin de 54 astfel de manifestări. Pe plan publicistic, SNMF a susținut apariția primului periodic destinat medicilor de familie, și anume vorbim de Ziarul Medicului de Familie, publicație care a ființat neîntrerupt timp de aproape 6 ani cu 39 apariții (2010 – 2015), și care a reprezentat o tribună a condeiului științific provenit din rândurile noastre. A reprezentat prima publicație oficială a SNMF. Au fost oferite tiparului articole cu noutăți medicale, analize din sfera legislației, managementului cabinetului, au fost publicate interviuri cu oameni care s-au afirmat de-a lungul timpului. O gazetă inedită oarecum, dar plină de entuziasm și dorință de a informa bine. Din păcate, dificultățile financiare au dus la dispariția ei.

Care este implicarea SNMF în educația pacienților? Cu ce asociații de pacienți aveti legături de colaborare?

Una din direcțiile principale de acțiune o constituie relația cu pacienții, creșterea nivelului de informare și educație sanitară, conștientizarea de către publicul larg a necesității adoptării de către fiecare a unui stil de viață sănătos. În ultima decadă au fost mai multe acțiuni în acest sens (există documentare pentru cel puțin 45 de activități ale SNMF), în special în sfera prevenției: importanța vaccinării, prevenția unor boli grave – cardiovasculare, diabet, cancer de col uterin - , adoptarea unui stil de viață cu riscuri minime.

Desigur, am avut colaborări și parteneriate cu diverse organizații ale pacienților, materializate prin acțiuni comune, sprijin reciproc. Sperăm să continuăm și pe această linie, fiind conștienți că menținerea contactului și colaborării eficiente cu reprezentanții pacienților noștri reprezintă una din cheile eficienței noastre.

În încheiere, vă rugăm să menționați care sunt reușitele activității SNMF, dar și proiectele care nu au fost realizate, cu toate eforturile depuse de societate.

Faptul că activăm, faptul că, an de an, aducem plusvaloare Societății, că menținem coeziunea între colegii noștri, între asociațiile membre – putem afirma că suntem pe un drum solid, chiar dacă permanent pot apare obstacole din afară. Membrii conducerilor care s-au succedat, președinții SNMF, toți s-au implicat și au dovedit loialitate și dorința de a servi SNMF. S-au făcut analize obiective, și tot ce a fost bun a fost preluat și se continuă în paralel cu învățarea permanentă din erorile inerente care s-au mai semnalat. Este important să continuăm proiectele bune, să ameliorăm activitățile care trebuie îndreptate, să menținem încrederea colegilor noștri în SNMF și să-i consolidăm poziția de cea mai reprezentativă organizație a medicilor de familie din România. Sperăm în cooperarea colegială, de breaslă, cu patronatele MF din țară și cu toate celelalte organizații specifice de Medicină de Familie. Împreună, doar împreună putem merge pe acest drum al dezvoltării specialității noastre.

Vă mulțumesc!

ZirComBi®

Simbiotic vitaminizat

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

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* BB536* (4 miliarde per plic), *Lactobacillus rhamnosus* HN001 (1 miliard per plic) și vitamina B6 (clorhidrat de piridoxină, 1,4 mg*).
*100% valoare nutritivă de referință.

Zir-Fos®

Sinbiotic 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

---

Alfasigma România S.R.L.
Str. Cluceru 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: contact@addenda.ro

ALFASIGMA

NORMIX

Rifaximină-α 200 mg

Antibioticul intestinal

Corectează disbioza prin modularea microbiotei intestinale!

Acest material promotional este destinat profesionistilor din domeniul sănătăți. 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 adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: drugsafety.ro@alfasigma.com sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale

Alfasigma România S.R.L.
Str. Cluceru 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: Drugsafety.alfasigma@addenda.ro

ALFASIGMA

EVALI – o afecțiune care trebuie cunoscută și de medicul de familie

Sfârșitul anului 2019, începutul lui 2020 a adus trei semnale importante în lumea medicală. Brexitul mai mult sau mai puțin gândit și prin prisma serviciilor medicale de confrații britanici, COVID – o afecțiune virală și EVALI o boală generată de țigările electronice. Contribuția umană este remarcabilă pentru toate aceste boli și strategii care vor schimba abordarea medicului de familie în viitorul apropiat.

Prof. Dr.
Florin Mihălțan

Institutul de Pneumologie
„Marius Nasta" București

O **certitudine este:** dacă nu se inventa țigara electronică nu se ajungea la completarea listei de boli cu o nouă afecțiune care dă de gândit și crează probleme autorităților, medicilor și pacienților. În luna februarie ultima raportare a CDC a arătat că fuseseră înregistrate 2.758 cazuri spitalizate sau decese prin EVALI din 50 de state americane (Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands etc) și 64 de decese în 28 de state americane și districtul Columbia. Explozia epidemiei a avut loc în SUA în luna iunie 2019 și a atins un vârf în septembrie 2019. Aparent ne situăm la momentul de deflexiune al acestei epidemii în SUA. Prima constatare însă, a mea personală dar și a specialiștilor din Europa, este că simptomatologia și tratamentul acestei afecțiuni este cvasinecunoscut. Medicii de familie ar trebui să fie primii care să sesizeze germenii acestei afecțiuni și de aceea acest articol încearcă să-i familiarizeze cu momentul depistării, evoluției și reacției terapeutice. O țigară electronică poate conține: nicotină, aromatizanți, propilen glicol, glicerină vegetală, canabinoide: Δ-9-tetrahydrocannabinol (THC), cannabidiol (CBD), butane „hash oil" (BHO) și vit E. În statisticile americane toți erau consumatori de țigări electronice; se regăsesc 70% bărbați, 61% raportând consumul de nicotină, 80% consumul de THC (tetrahidiannabinol) și 7% consumul de canabinoizi. Este interesant că, deși 37% au raportat consumul singular de THC, 17% au raportat consumul singular de nicotină iar 44% au raportat atât consumul de nicotină cât și de THC. Să nu uităm că în SUA consumul acestor droguri este o practică destul de frecventă în rândul adolescenților și "vapingul" folosind dispozitivul de țigară electronică este o altă găselniță a inventatorilor adhoc. Rând pe rând au fost găsite printre cauze aromele, acești produși supraadăugați de canabinoizi iar în final responsabil major a fost găsită vitamina E. Conform definiției CDC un caz de boală EVALI presupune: consumul de țigară electronică („vaping") sau dabbing (supraîncălzit) cu 90 de zile înainte de debutul simptomelor, opacități de tip infiltrat pulmonar pe radiografia toracică sau în „geam mat" pe CT –ul toracic și absența infecției pulmonare la evaluarea inițială. La criterii minimale se adaugă: un panel viral respirator negativ, pentru influenza PCR negativ sau testare rapidă, dacă departamentul local de epidemiologie suportă testarea influenza și toate celelalte teste respiratorii (ex. antigenul urinar pentru Streptococcus pneumoniae și Legionella, cultura sputei pentru tuse productivă, lavaj bronhoalveolar (LBA), hemoculturi, testare HIV în infecții respiratorii) negative, fără a exista alte diagnostice alternative plauzibile în evidența medicală a pacientului (ex. afecțiuni cardiace, reumatologice sau neoplazice). Definiția cazului probabil de Evali presupune la rândul său: consumul de țigară electronică („vaping") sau "dabbing" cu 90 de zile înainte de debutul simptomelor și opacități de tip infiltrat pulmonar pe radiografia toracică sau în „geam mat" pe CT toracic dar și identificarea infecției prin culturi sau PCR - testări serologice (clinicianul considerând că aceasta nu este singura cauză care stă la baza leziunii pulmonare sau criteriile minime de excludere a infecției pumonare nu au fost îndeplinite, iar clinicianul consideră că aceasta nu este singura cauză care stă la baza leziunii pulmonare și nu există diagnostice alternative plauzibile în evidența medicală a pacientului (ex. afecțiuni cardiace, reumatologice sau neoplazice). Majoritatea pacienților erau tineri și fără afecțiuni grave. Debutul treptat al diferitelor simptome pe parcursul a câteva săptămâni erau în sfera: respiratorie (tuse, durere toracică, dispnee), gastrointestinal (GI) (durere abdominală, greață, vărsături, diaree), a unor simptome sistemice (fatigabilitate, febră, scădere ponderală). Uneori simptomele GI precedau simptomele respiratorii și se remiteau rapid după internare, impunând însă o evaluare pentru infirmarea altor cauze GI. Aproape toate cazurile publicate s-au soldat cu internare în spital. Majoritatea erau cu ≥1 antecedent de prezentare în ambulatoriu iar semnele prezente cel mai frecvent anterior internării au fost: febră, tahicardie, tahipnee, hipoxemie (chiar și

Tratamentul tusei și bronșitei

Triplu efect dovedit

Prospan®
Extract de iederă
EA 575

PROSPAN®
Pentru tuse

Ingrediente Prospan:

100 ml picături soluție conține: 2,0 g Hedera helix Folium extractum siccum - extract uscat de frunze de iederă (5-7,5: 1).

100 ml sirop conține: 0,7 g Hedera helix Folium extractum siccum - extract uscat de frunze de iederă (5-7,5: 1).

Un comprimat efervescent conține 65 mg Hedera helix folium, extractum siccum (extract uscat de frunze de iederă) (5-7,5: 1).

Tratament inhalator: Un efect terapeutic benefic poate fi obținut prin inhalarea soluției sub formă de aerosoli. Toate aparatele din rețeaua comercială pentru vaporizare rece sunt potrivite pentru această procedură. Picăturile Prospan pot fi diluate cu apă în raport 1:2. Terapia inhalatorie nu este indicată la copiii sub 3 ani sau la copii care au avut convulsii (febrile sau nonfebrile) în trecut. Se inhalează 20-25 de picături de câteva ori zilnic.

În cazul sarcinii sau alăptării, adresați-vă medicului sau farmacistului pentru recomandări înainte de a lua acest medicament.

Prospan: ușor de administrat

Acțiune secretolitică și bronhodilatatoare ce ameliorează tusea

Prospan sirop

Copii până la 1 an*	2 x 2,5 ml
Copii între 1 și 5 ani	3 x 2,5 ml
Copii între 6 și 9 ani	3 x 5 ml
Adulți și copii de peste 10 ani	3 x 5 ml, la nevoie până la 3 x 7,5 ml

* Pentru sugarii sub 1 an de zile produsul se poate administra numai prin prescripție medicală

Prospan picături

Copii între 1 și 4 ani	3 x 12 picături
Copii între 4 și 10 ani	3 x 16 picături
Adulți și copii de peste 10 ani	3 x 24 picături

Prospan comprimate efervescente*

Copii între 6 și 12 ani	3 x ½ comprimat efervescent/zi
Adulți și copii de peste 12 ani	2 x 1 comprimat efervescent/zi

*Comprimatele pot fi dizolvate într-un pahar cu apă (cca. 200 ml)

ENGELHARD
Arzneimittel

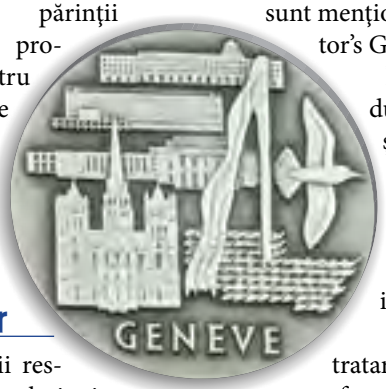
VEDRA

la pacienții fără simptome respiratorii la prezentare). Din momentul suspiciunii trebuie declanșată anamneza. Pacienții trebuie întrebați despre consumul de țigări electronice, „vaping", produsul și tipul de substanță utilizată THC/canabis (ulei, supraîncălzirea acestor substanțe), nicotină, produse modificate sau adaosul de substanțe neprevăzute de către producător. Ca repere sugerate obligatorii sunt întrebări legate de provenienta produsului, numele și marca produsului, durata și frecvența consumului, ultima utilizare, sistemul de livrare a aerosolului, metoda de utilizare (aerosoli, supraîncălzire sau picurare). La investigațiile paraclinice se remarcă: leucocitoza cu predominanță neutrofilică, titru crescut al markerilor serici de inflamație (ex. CRP) creștere ușoară tranzitorie a transaminazelor serice, spirometrie și probe funcționale complexe iar imagistic: modificări atipice radiologice pot fi sau nu prezente la evaluarea inițială, dar se pot dezvolta ulterior opacități bilaterale radiologice sau imagine în „geam mat" la examinarea CT, adesea cu distribuție subpleurală. În spital se continuă investigația de obicei cu examen CT și lavaj bronhoalveolar. Se poate ajunge la biopsie dar ce este important este ca produsul bioptic să evalueze prezența lipidelor în blocul de parafină. Dintre terapii se impun prin utilizări excesive antibiotice sau corticoterapie. Unii pacienți au ajuns intubați. Trebuie ca după externare să fie reevaluați. Inițial: la 1-2 săptămâni de la externare, cu repetare puls-oximetria și repetarea radiografiei pulmonare și o altă reevaluare suplimentară se impune la 1- 2 luni de la externare unde se ia în considerare spirometria, DLCO, radiografia. Nu sunt cunoscute efectele pe termen lung și riscul recurenței pentru EVALI. Într-un moment în care industria tutunului, principal producător de țigări electronice susține lipsa de nocivitatea a lor, în care lumea medicală este partajată între cea britanică care insistă pe folosirea țigării electronice pentru sevraj spre deosebire de Societatea Europeană de Pneumologie care nu recomandă utilizarea acesteia sub nici o formă, această afecțiune ar trebui să dea de gândit lumii medicale, autorităților și politicienilor. S-au pus ulterior două întrebări: de ce nu a explodat și în Europa și de ce a început să scadă prevalența. La prima întrebare răspunsurile posibile sunt: lipsa de avertizare în masă a medicilor asupra simptomatologiei și manifestărilor dar și mixarea mai mică a conținutului acestor cartușe de nicotină, cu substanțe interzise în Europa. Cu toate acestea s-a înregistrat recent primul deces prin boala EVALI în Belgia. La a doua întrebare, specialiștii americani au răspuns de asemenea. Ei consideră că: a crescut nivelul de avertizare la nivel populațional legat de riscurile țigării electronice și a componentelor sale, că s-a exclus vit E din unele produse și că s-a înăsprit legea legată de produsele ilicite. O ultimă veste vine de la administrația Trump care a interzis aromatizantele asociate țigărilor electronice în SUA. Drumul bolii EVALI este încă la început și multe necunoscute frământă în continuare specialiștii.

Salin

O aventură a cunoașterii pentru sănătate, a realizării unor invenții - un domeniu al terapiilor naturale.

Pentru cei care au probleme respiratorii, pentru părinții care au copii cu probleme respiratorii, pentru tot mai mulți medici de familie sau specialiști, aparatele Salin au intrat într-un normal al utilizării ca o terapie naturală de mare valoare.



Lista afecțiunilor

Pe lângă astm, alergii respiratorii, rinite, sinuzite, laringite, bronșite, lista cuprinde practic toate problemele legate de buna funcționare a aparatului respirator. În afecțiuni ORL, SALIN se arată a fi de mare ajutor în rinite, sinuzite, laringite cu o acțiune generală desensibilizată în probleme alergice. În afecțiuni pneumologice au fost obținute rezultate favorabile în astm bronșic, bronșite astmatiforme, bronșite, bronșectazii, silicoze, recuperări în TBC, mucoviscidoză.

Efectele favorabile

Sunt deosebit de spectaculoase în cazul copiilor.

Se remarcă și efecte favorabile în diverse alte cazuri de insuficiențe respiratorii, ca de exemplu în cele pe fond cardiac sau tiroidian.

Aparatele Salin au fost medaliate cu aur și argint la saloanele de invenții de la Bruxelles, Geneva, Chișinău. Au primit marca de aur la expozițiile Natura Vita, sunt menționate pe internet în Doctor's Guide.

În mod curent, sunt produse aparatele **SALIN S2** și **SALIN PLUS** pentru tratarea salină a aerului ambiental, inhalatorul cu mască **SaltMed** și mezinul gamei, miniinhalatorul **InSALIN.**

Aparatele Salin pentru tratarea ambientală a aerului sunt foarte eficiente și comode în utilizare, doar prin simpla funcționare în spațiul în care stă mai mult sau doar-me utilizatorul. Aparatele asigură purificarea generală a aerului în spații diverse: locuințe, birouri.

Miniinhalatorul InSalin

Acesta valorifică ideea unor mici inhalatoare, care să poată fi permanent la îndemâna utilizatorului. Experiența pe care o avem în ceea ce înseamnă emisia aerosolilor salini de către granulele de sare ne-a permis realizarea unui dispozitiv deosebit de performant. Este și foarte plăcut estetic, fiind realizat de un designer tânăr și talentat.

Miniinhalatorul **InSalin** este un dispozitiv destinat utilizării la purtător, ceea ce permite folosirea înainte, după sau pe durata expunerii în medii care activează problemele respiratorii. La școală, la sala de gimnastică, la serviciu, în aglomerații sunt multe situații în care **InSalin** este de un mare ajutor.

Inhalator InSalin

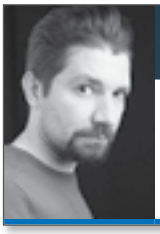
- mărirea rezistenței generale a organismului la răceli;
- acțiune generală desensibilizantă în probleme alergice;
- de mare ajutor în rinite, sinuzite, laringite;
- rezultate favorabile în astm bronșic, bronșite astmatiforme, bronșite, bronșectazii, silicoze, recuperări în TBC, mucoviscidoză;
- somn liniștit, odihnitor, stare de confort psihic;
- scăderea problematicii sforăitului;
- reducerea problemelor respiratorii ale fumătorilor;
- ajutor natural în renunțarea mai ușoară la fumat;
- calitate deosebită a aerului care devine proaspăt și plăcut respirației, cu asigurarea unui ambient interior plăcut.

S.C.Tehno Bionic S.R.L. Buzau, Str.Agriculturii nr 55, tel/fax: 0238 725 321 email - salin@tehnobionic.ro / www.salin.ro

Cefaleea la copil

Cefaleea este una dintre cauzele cele mai frecvente de consultație pediatrică în cabinetul medicului de familie Este deseori un diagnostic dificil, mai ales ca încadrare etiologică. În practica clinică este foarte important să diferențiem *cefaleea esențială benignă/primară de cefaleea simptomatică* care uneori reprezintă o urgență.

Conf. Dr. Angela Butnariu
Cabinet medical
Pediatrie - Cardiologie
Cluj-Napoca, UMF
„Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca



Dr. Alexandru Munteanu
Cabinet medical
Pediatrie - Cardiologie
Cluj-Napoca, UMF
„Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca

Cefaleea poate fi generată fie de a) *structuri extracraniene* sensibile la durere: tegument, țesut celular subcutanat, mușchi, mucoase, dinți, unele dintre vasele mari, rădăcinile cervicale, nervii cranieni, arterele extracraniene, periostul și sinusurile, fie de b) *structuri intracraniene* algogene: arterele cerebrale și durale, sinusurile durale și venele mari, dura din jurul lor). (Creierul, cea mai mare parte a durei, foița ependimară și plexurile coroide sunt insensibile la durere). Inflamarea, iritarea, deplasarea, tracțiunea, dilatarea sau invazia uneia din aceste structuri sensibile generează durerea.

Se descrie o *cefalee primară* care este diagnostic de excludere. Se poate afirma după ce s-au exclus cauzele de cefalee secundară. *Cefaleea secundară* are cauză organică care poate fi depistată prin examene complementare: RMN, CT, lichid cefalorahidian. Cu excepția urgențelor neurologice, investigațiile enumerate mai sus sunt indicate numai când examenul neurologic este anormal, când există edem papilar, când cefaleea considerată benignă este atipică.

Pentru practica clinică criteriul temporal este cel mai util. Din acest punct de vedere cefaleea se clasifică *în acută, cronică și mixtă.*:

Cefaleea acută este definită ca un eveniment singular, cu apariție recentă, uneori brutală. Poate fi localizată sau generalizată.

Cefaleea acută localizată este relativ frecventă în copilărie și poate apare în afecțiuni ale unor organe localizate cranian: sinuzită, otită, afecțiuni oculare (tulburări de refracție, astigmatism, celulită orbitară), afecțiuni dentare, traumatisme craniene. La copii, traumatismele craniene, mai ales cele prin cădere de la același nivel sunt destul de des întâlnite, dar majoritatea sunt tramatisme minore.

În cazul traumatismelor craniene cefaleea poate apare imediat după traumatism sau la câteva zile distanță, rezolvându-se după o perioadă de zile sau săptămâni. Când se asociază modificarea stării de conștiență, vărsături sau semne neurologice de focar se impun investigații complementare: EEG, RMN, CT.

Cefaleea acută generalizată se poate asocia cu simptome infecțioase, traumatice, vasculare, neurologice, hipertensiune arterială sau alte boli extracerebrale (ale ochilor, urechii, nasului, dinților, feței).

Cefaleea acompaniată de febră și semne de iritație meningeală (redoare de ceafă) este evocatoare pentru meningită.

În cefaleea acută din encefalopatia hipertensivă apar tulburări vizuale bilaterale și crize comițiale. Când se asociază cu transpirații profuze și palpitații trebuie căutat un feocromocitom.

Cefaleea instalată brutal, extrem de violent, ca o „lovitură de pumnal", ridică problema unei hemoragii meningeene.

Cefaleea acută asociată cu semne neurologice este frecvent asociată cu hemoragiile subarahnoidiene care reprezintă o mare urgență.

O formă aparte de cefalee generalizată este cea legată de efortul fizic și apare la adolescenți în timpul alergării sau a altui efort fizic. Are caracter pulsatil și durează minute pînă la ore. Dacă nu se repeta, necesită doar tratament simptomatic.

Cefaleea acută recurentă este reprezentată de migrenă. Aceasta este definită ca o cefalee intemitentă cu intervale libere de fenomene dureroase. Se manifestă prin unele dintre următoarele simptome: cefalee acompaniată de dureri abdominale, grețuri sau vărsături, hemicranie, fotofobie, fonofobie, cefalee pulsatilă, cu sau fără aură vizuală, senzitivă sau motorie. Revenirea este completă după o perioadă de odihnă. De obicei există istoric familial de migrenă.

Trăsăturile tipice ale cefaleei migrenoase sunt reprezentate de:

- debut brusc, cu creșterea intensității în minute sau ore.
- caracter unilateral și pulsatil, dar la copil se poate manifesta bifrontal, bitemporal, constant;
- apariție la orice oră din zi, predominant dimineața;
- accentuarea de către efort, activitate;
- durată de la 30 minute la cîteva zile;
- asociere frecventă cu simptome gastrointestinale (anorexie, grețuri, vărsături), manifestări cutanate vegetative (paloare, extremități reci, transpirații), simptome cardiace (puls accelerat, hipertensiune arterială).

Copilul dorește cameră întunecată, liniște, încearcă să doarmă pentru a face să dispară simptomele. La trezire își revine sau cefaleea, oboseala pot persista 1–2 zile. Factorii favorizanți sunt stressul, oboseala, menstruația, traumatismele craniene, cofeina, medicația, dieta. Înainte de pubertate apare egal la ambele sexe. După pubertate incidența crește în favoarea fetelor În 2/3 dintre cazuri există istoric familial de migrenă.

Diagnosticul de migrenă este relativ simplu, în formele tipice. Malformațiile

TEHNO INDUSTRIAL

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

Import, distributie si service: Tehno Industrial S.A.
Adresa: Str. Av. Petre Cretu nr 20A, Sector 1, Bucuresti
Telefon: 021-318.22.91 / 92 Mobil: 0722.544.455
E-mail: office@tehnoindustrial.ro Site: www.tehnoindustrial.ro

arterio-venoase intracraniene pot mima migrena, de aceea toţi pacienţii trebuie evaluaţi iniţial stetoscopic pentru depistarea unor eventuale zgomote intracraniene.

Tratamentul migrenei cuprinde:

a. un tratament al atacului acut (nemedicamentos şi medicamentos);
b. un tratament profilactic (nemedicamentos şi medicamentos).

Tratamentul atacului acut

Formele severe vor fi referite neurologului care va face un diagnostic acurat şi va iniţia tratamentul.

Formele uşoare şi medii beneficiază de măsuri igienice care ameliorează de obicei simptomele: repaus la pat, somn de cîteva ore, evitarea luminii şi zgomotului, încălzirea încăperii, încetarea activităţii. În lipsa ameliorării tabloului clinic se recurge la terapie medicamentoasă, individualizată de la caz la caz: antiinflamatoare nonsteroidiene, antiemetice, sedative.

Tratamentul profilactic

Profilaxia nemedicamentoasă presupune alimentaţie regulată, program de somn normal, evitarea alimentelor care conţin glutamat, nitriţi, tiramină (brânzeturi fermentate), alcool şi cofeină, evitarea luminii puternice şi a celei intermitente. De asemenea se recomandă eliminarea stress-ului, terapii de relaxare, psihoterapie comportamentală.

Profilaxia medicamentoasă în sensul folosirii medicaţiei zilnice pentru a reduce frecvenţa crizelor nu este nici necesară nici de dorit la majoritatea copiilor.

Ea se indică totuşi pentru cazurile cu migrene frecvente, lungi şi invalidante. Majoritatea autorilor recomandă: beta-blocante (propranolol, nadolol etc.), blocante ale canalelor de calciu (nifedipina), antidepresive triciclice (amitriptilina), antiepileptice (acid valproic, carbamazepina) etc.

Evoluţia migrenei este variabilă de la un individ la altul şi chiar la acelaşi individ. De obicei frecvenţa diminuă şi migrena dispare spre vârsta a 3-a. Se consideră că migrena cu debut înaintea pubertăţii are un prognostic bun.

Cefaleea cronică

Cefaleea cronică progresivă implică un *proces patologic intracranian* (hidrocefalie, tumori cerebrale, abcese, hematoame subdurale cornice). Există simptomatologie de hipertensiune intracraniană progresivă cu greţuri, vărsături , tulburări neurologice, crize epileptice, deteriorare intelectuală sau modificări de personalitate.

Examenele paraclinice imagistice contribuie la diagnostic (CT, RMN)

Cefaleea cronică neprogresivă

Este cel mai frecvent reprezentată de *cefaleea de tensiune* (sau de contracţie musculară). Este asociată cu cauze emoţionale şi nu are substrat organic.

Clinic este o cefalee cu intensitate medie, nepulsatilă, descrisă variabil (presiune, constricţie), bilaterală, care nu este agravată de activitatea fizică. Frecvenţa şi intensitatea sunt legate de factori psihologici. Examenul obiectiv şi investigaţiile paraclinice sunt normale.

Tratamentul este în primul rând psihoterapic, atât pentru pacient cât şi pentru familia sa. Acesta trebuie să vizeze evidenţierea conflictelor, luarea lor la cunoştinţă de către bolnav şi găsirea unor modalităţi pentru a le depăşi. Se poate asocia un tratament sedativ.

Mai rar, cefaleea cronică neprogresivă poate apărea în cazul unor tulburări psihastenice sau în reacţia de conversiune (isteria), depresia majoră sau poate fi chiar simulată.

Cefaleea mixtă

Constă în coexistenţa unei cefalei zilnice neprogresive cu cefalee acută recurentă migrenoasă. Examenul neurologic şi investigaţiile paraclinice sunt normale. Tratamentul constă în psihoterapie, eventual medicaţie antimigrenoasă.

Eduson Medical

Cursuri ONLINE de ecografie cu componentă LIVE

Prof. Dr. Radu Badea

Dept. Ultrasonografie, Clinica Medicala III, IRGH "Prof. Dr. Octavian Fodor", Cluj Napoca

coordonator proiect

Dr. Titus Suteu

Dept. Ultrasonografie, Clinica Medicala III, IRGH "Prof. Dr. Octavian Fodor", Cluj Napoca

coordonator aplicatii

A.R.S.U.S.

(Asociatia Romana pentru Studiul Ultrasonografiei Clinice si Aplicative)

administrare componenta educationala

ARSUS — ASOCIATIA ROMANA PENTRU STUDIUL ULTRASONOGRAFIEI CLINICE SI APLICATIVE

Numeris Medical

administrare conturi aplicatie si suport tehnic utilizatori

numeris medical

MODUL 1 – Introducere în ultrasonografie

Curs 1. Fizica Ultrasunetelor. Noțiuni elementare. Echipamentul ultrasonografic. Principii constructive.
Curs 2. Informația ultrasonografică. Terminologie și semiologie specifică.
Curs 3. Tehnică de examinare ecografică și interpretarea imaginii ecografice. Fereastra ecografică. Explorarea ultrasonografică în detaliu (Cum examinăm o regiune anatomică? Cum examinăm un organ parenchimatos? Cum examinăm un segment digestiv? Cum examinăm un organ cavitar?
Cum examinăm un vas? Cum examinăm cordul? Cum identificăm recesuri?). Buletinul ecografic (redactare; interpretare).
Curs 4. Abdomenul. Cum examinăm? Aspecte normale. Valori normale.

MODUL 2 – Etajul abdominal superior

Curs 1. Ficat. Hepatopatii difuze. Tumori hepatice. Afecțiuni acute traumatice, septice, parazitare.
Curs 2. Colecist. Căi biliare. Inflamații. Boala litiazică. Anomalii. Neoplazii. Sindromul icteric. Proceduri.
Curs 3. Pancreas. Pancreatite. Tumori.
Curs 4. Tub digestiv. Tumori. Boli inflamatorii. Urgențe.

MODUL 3 – Etajul abdominal mijlociu și inferior

Curs 1. Splina. Tumori. Ischemii. Traumă. Stări septice.
Curs 2. Aorta abdominală. Normal. Patologie (boala aterosclerotică, anevrisme, obstrucții, stenturi, vena cava inferioara). Mase retroperitoneale.
Curs 3. Rinichi. Tumori renale. Uropatii obstructive. Nefropatii difuze. Afecțiuni vasculare ale rinichiului.
Curs 4. Prostata. Scrot. Penis.

MODUL 4 – Vascular periferic

Curs 1. Vene periferice. Tehnică de examinare. Aspect normal.
Curs 2. Vene periferice. Boala varicoasă. Boala trombotică.
Curs 3. Artere periferice. Tehnică de examinare. Patologie (boala aterosclerotică, obstrucția arterială).
Curs 4. Artere carotide și vertebrale.

MODUL 5 – Regiunea cervicală. Progrese in ultrasonografie

Curs 1. Regiunea cervicală. Cum examinăm? Aspect normal. Valori normale. Tiroida. Normal. Tehnica de examinare. Patologie difuză. Patologie nodulară.
Curs 2. Ganglionii regiunii cervicale. Glandele salivare.
Curs 3. Optimizarea examinării ecografice cu substanță de contrast (CEUS).
Curs 4. Elastografia. Stadiul actual.

Înscrierile se fac online, completând formularul pe **www.eduson.numeris.ro**

Medisal
dispozitive medicale

PESTE 3000
DE PRODUSE

Vă așteptăm la sediul nostru cu showroom și spații dublate de depozitare!

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

Terapia cu enzime ca mijloc pentru întărirea sistemului imunitar

Terapia cu enzime sistemice este capabilă de a modifica și de a întări imunitatea slăbită a organismului uman, mai ales în cazurile de deficiență imună. Acest efect este foarte vizibil în cazul bolilor infecțioase cauzate de viruși, și de asemenea, în cazul infecțiilor bacteriene, unde enzimele în asociere cu antibiotice contribuie la o vindecare mai rapidă a pacientului. Efectele benefice ale terapiei cu enzime au fost confirmate la copii, atunci când imunitatea lor nu este încă pe deplin dezvoltată, precum și la persoanele vârstnice a căror imunitate este epuizată deja. În situațiile în care celulele sistemului imunitar sunt activate excesiv (inflamația cronică și procesele imunopatologice), enzimele sistemice acționează ca agenți care inhibă activitatea excesivă a acestor celule.

Cu ceva timp în urmă s-a studiat citokina TGF-β (Desser et al, 1999., Hall et al, 1992, Webb et al, 1998 și alții). Citokina în cauză, a cărei producție este stimulată de citokina IL-6 cu profil inflamator, stimulează celulele fibroblaste și endoteliile, inhibă proliferarea celulelor T, a granulocitelor și macrofagelor, reduce producerea factorului de necroză tumorală (TNF), stimulează producția matricei extracelulare pe suprafața celulelor țesutului. Acest TGF-beta devine un factor cheie în cronicizarea inflamației, procesului metastatic și în cele din urmă a țesutului fibros. Supraproducția de TGF-β a fost demonstrată în bolile bacteriene, parazitare și virale, în cancer, arsuri, după iradiere și chimioterapie. Producția TGF este de asemenea caracteristică tuturor proceselor inflamatorii cronice. Acțiunea enzimelor proteolitice în organismul uman constă anume în moderarea producerii citokinei TGF-β.

Citokinele de obicei se transmit în mod independent, iar α 2-macroglobulina revine ușor în circulație. După legarea de proteinaza α 2-M are loc convertirea formelor lente α 2-M în așa-numita formă rapidă, care se leagă ireversibil de TGF-β și astfel se facilitează fagocitoza complexului format

TGF-β + α2-M. Eliminarea în continuare a citokinei TGF-β din sânge și țesuturi reduce producția de m RNA pentru TGF-β, precum și producția de citokine în sine. Rezultatul final este limitarea activității celulelor excesive. Citokinele nu reprezintă în mod obligatoriu singurul factor de susținere a imunității slăbite de către α 2-M.

Experimentele in vitro care au avut loc în 1990 și au constat din combinarea mai multor enzime: tripsina, chimotripsina, papaina și bromelaina au arătat o creștere în dezvoltarea și activitatea funcțională a macrofagelor de la 7 până la 13 ori în activitatea celulelor NK la pacienții cu cancer (Leskovar, 1990). De asemenea, s-a demonstrat în cadrul unor experimente că enzimele influențează în mod pozitiv granulocitele, iar în cazul în care există „focar respirator", crește activitatea citotoxică. La fel crește și numărul T-limfocitelor activate/ADCC-lui (anticorpilor celulari). (Desserová et al, 1993).

Prin multiple studii clinice s-a demonstrat eficiența proteinazelor în bolile imunopatologice, de exemplu: artrita complexă imună - cercetare pe iepuri (Steffen et al, 1979), nefrita autoimună - cercetare pe șobolani și șoareci (Heymannovy, 1997).

Putem, deci, concluziona, că terapia cu enzime are un rol important în combaterea efectelor bolilor cu componentă imunitară pronunțată de la simple viroze până la boli imunopatologice complexe. Medicamentul de bază care se folosește în tratarea acestor afecțiuni este Wobenzym. Compoziția lui este următoarea: pancreatină, tripsină, chimotripsină, bromelină, papaină, amilază și rutozid trihidrat.

Programul de dozare în majoritatea cazurilor este același: 3 drajeuri înainte de masă cu ½ oră de trei ori/zi. În unele cazuri doza poate fi micșorată până la 2 drajeuri de 3 ori/zi.

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

Medfarm Trading srl, Bucuresti - Str. Zefirului 21, Tel.: (021) 320 19 20
www.medfarm-trading.ro / www.instrumentemedicale.ro / www.dotarimedicale.ro facebook.com/medfarm.trading.ro

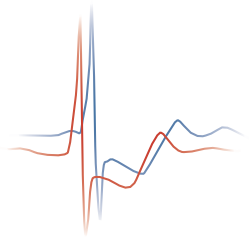
ELECTROCARDIOGRAFE

ALEGEȚI **CE VI SE POTRIVEȘTE**

BTL-08 LC Plus
Imprimare pe hârtie termică tip A4 și ecran color tip touch screen de 8.4"

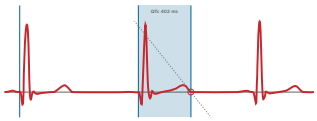
BTL-08 MT Plus
Caracteristici avansate într-un **design compact**

BTL-08 SD
Dimensiuni **reduse** și portabilitate **crescută**



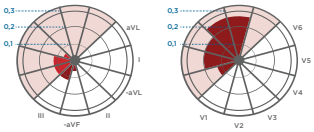
COMPARAREA ÎNREGISTRĂRILOR EKG

Compararea a două înregistrări EKG permite evaluarea tratamentului ales pentru pacientul dvs. prin urmărirea rezultatelor obținute.



Modul QT

Modulul QT prin analiza intervalului QT(c) ajută la evaluarea riscului apariției tahicardiilor ventriculare care pot provoca moarte subită cardiacă. Modulul folosește metoda tangentei, care este potrivită în special pentru măsurarea intervalelor QT cu ritm cardiac crescut, când nu există vreo revenire clară la nivelul de referință sau când unda T are două vârfuri.



Hărți ST

Hărțile ST ajută la recunoașterea imediată a patologiilor asociate segmentului ST, de ex., pot fi utile în validarea imaginilor în oglindă a supradenivelărilor de segment ST în cazul infarctului miocardic posterior.

PREVENȚIA MORȚII SUBITE CARDIACE

MOARTEA SUBITĂ CARDIACĂ ÎN RÂNDUL TINERILOR

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.

SCREENING-UL POATE SALVA O VIAȚĂ

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

Evaluare în **5 minute**

98%

Diagnosticare **automată** cu acuratețe de 98%

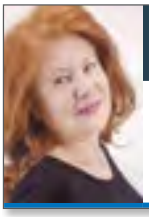
Perspectivă **în detaliu** a rezultatelor

100%

100% conform Criteriilor Seattle

Eliminarea rezultatelor fals pozitive

Corpii străini nazali și auriculari în patologia copilului



Dr. Miorița Toader

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

Corpii străini nazali

Introducere

Cel mai adesea corpii străini nazali se întâlnesc la copiii mici și la pacienții alienați, mai rar la copiii mari. Introducerea acestora se face pe cale anterioară; uneori pot ajunge și pe cale posterioară, prin orificiile coanale, urmare a unui episod de tuse sau de vărsătură.

Etiologie

Corpii străini nazali pot fi de origine:

- anorganică: jucării de mici dimensiuni, baterii, fragmente de hârtie, sâmburi, mărgele, mărțișoare, perle, mine de creion, etc.

  sau
- organică: semințe, bomboane, diverse boabe, fragmente de fructe sau legume, gumă de mestecat,etc.

Dintre aceștia, două categorii necesită o atenție specială pentru potențialul lor de a leza grav structurile nasului:

- bateriile buton de la jucării, aparate electronice (ceasuri, telecomenzi), care produc necroză tisulară datorită electroliților care se scurg din ele în mai puțin de 4 ore
- elementele magnetice folosite la fixarea diferitelor bijuterii, care prin compresie cronică pot produce grave leziuni în aproximativ 7 săptămâni

Localizare

Corpii străini introduși pe cale anterioară se localizează cel mai frecvent în meatul inferior, pe când cei care ajung în nas pe cale posterioară se localizează în meatul mijlociu.

Simptomatologie

Simptomatologia este variabilă, funcție de natura corpului străin, de gradul de toleranță al organismului și funcție de leziunile pe care le poate produce. Suspectăm prezența unui corp străin intranazal în situația în care există o obstrucție nazală de obicei unilaterală, rinoree purulentă unilaterală, fetidă. Mucoasa nazală, la examenul rinoscopic anterior, este inflamată, uneori cu caracter supurativ, poate prezenta chiar eroziuni, ulcerații, granulații sau chiar degenerări polipoide. Examenul radiologic simplu nu este de ajutor decât în cazul corpilor străini metalici sau a celor din materiale radioopace.

Diagnosticul pozitiv este stabilit prin vizualizarea prin rinoscopie sau examinarea și vizualizarea cu endoscopul, în cazul corpilor străini profunzi și transparenți.

Diagnosticul diferențial se face cu:

- infecții ale căilor aeriene superioare
  - ▸ sinuzita maxiloetmoidală supurată, situație în care rinoreea este bilaterală, purulentă
  - ▸ rinita alergică

Tratamentul constă în extragerea corpului străin cu instrumentar special destinat, de cele mai multe ori pe scaunul de consultații, mai rar cu anestezie generală, în cazul unui copil agitat, speriat, necooperant. Migrarea unui corp străin în nazofaringe și aspirarea în căile respiratorii inferioare sunt foarte rare dar și foarte grave. În general extragerea unui corp străin de la nivelul foselor nazale nu este o urgență extremă, amenințătoare de viață. De menționat ar fi că, urgența extracției corpului străin intranazal se impune în cazul bateriilor și corpii străini magnetici.

Complicații

Complicațiile pot fi cauzate de prezența corpului străin, de examinarea pacientului sau de manevrele de extracție ale corpului străin. Acestea pot depinde de natura corpului străin, de durata staționării lor în fosele nazale și de posibilele leziuni postextracție. Dintre cele mai serioase sunt cele din cazul bateriilor: perforații ale septului, stenoze meatale, necroza cornetului inferior, prăbușirea cartilajelor alare. Corpii străini cronici, care stagnează vreme îndelungată la nivelul foselor nazale, pot cauza infecții ale sinusurilor, urechilor, tuse persistentă.

Corpii străini auriculari

Clasificare

Afecțiune destul de frecvent întâlnită la copii, corpii străini auriculari sunt extrem de variați. Corpii străini auriculari pot fi de origine endogenă sau exogenă. Cei de origine exogenă sunt introduși voluntar sau accidental, uni sau bilateral, de însuși copilul în cauză sau de un tovarăș de joacă cu vârsta ceva mai mare. Pătrunderea accidentală a corpilor străini în ureche este cu totul excepțională la această vârstă. Sunt mai frecvenți în special între 2 și 5 ani, când spiritul de curiozitate al copilului este foarte dezvoltat. Pot fi animați sau inerți, organici sau anorganici. Sunt de o foarte mare diversitate, putând îmbrăca o infinitate de forme și structuri. Printre corpii străini inerți, care constituie majoritatea, se întâlnesc adesea: mărgele, năsturei, fragmente de vată, de hârtie, capete de creion, fragmente de pâine, fructe, legume, gumă de mestecat, etc. În ceea ce privește corpii străini animați, putem întâlni: musculițe, urechelnițe, purici, diferite miriapode, etc. Aceștia sunt mai rari la copii, mai ales la cei care trăiesc în mediul urban. Corpii străini endogeni sunt reprezentați de dopurile de cerumen și, mai rar, dopurile epidermice.

Printre cei mai periculoși sunt corpii străini ascuțiți și bateriile –buton.

Simptomatologie

Simptomatologia este în funcție de natura corpului străin, dar mai ales de starea în care copilul este adus la medicul

specialist (înainte sau după tentative de extracție, de către părinți sau alte persoane necalificate sau fără experiență). Înaintea oricărei intervenții, simptomul dominant al unui corp străin auricular este hipoacuzia, de cele mai multe ori unilaterală, care apare brusc, odată cu introducerea corpului străin în ureche și care variază ca intensitate funcție de volumul corpului străin. Cei inerți, anorganici, nu dau simptome. Cei vegetali, datorită faptului că sunt higroscopici și își măresc volumul, pot provoca hipoacuzie ușoară și/sau zgomote auriculare. Corpii străini animați, vii, prin mișcările făcute, dau dureri violente, tulburări reflexe, convulsii, sincope, zgomote insuportabile, vertij.

Dopul de cerumen este un conglomerat de secreție ceruminoasă care obstruează conductul auditiv extern, favorizată de o consistență crescută a acestuia sau de conducte auditive înguste, sinuoase, care nu favorizează drenajul. În cazul acestuia, simptomatologia poate fi zgomotoasă, cu hipoacuzie care se poate instala brusc, mai ales după baie, după pătrunderea apei în ureche, și cu acufene, autofonie, uneori vertij.

Dopul epidermic este un depozit de descuamații epiteliale, de lamele epidermale, rezultate din descuamarea tegumentelor, de culoare albicioasă sau cenușie, de consistență dură. Acesta, prin dezvoltare excesivă, poate determina eroziunea zidului atical și poate pătrunde în urechea medie.

Prognostic

Un prognostic nefavorabil poate fi dat nu atât de prezența corpului străin, cât de complicațiile posibile datorită manevrelor intempestive de extracție, cu lezarea timpanului sau inclavarea corpului străin în casa timpanului, chiar cu paralizii faciale sau labirintice.

Diagnostic

Diagnosticul pozitiv se stabilește prin examenul otoscopic, care arată natura, consistența și sediul corpului străin la nivelul conductului auditiv extern.

Tratamentul

Extragerea corpilor străini animați este precedată de omorârea insectei prin instilarea de soluții uleioase, după care se face spălătură auriculară sau extragere instrumentală.

Corpii străini inerți se extrag prin:

- spălătură auriculară
- extracție instrumentală, cu cârlige, chiurete, pense speciale, dar asta numai dacă se face spălătură și aceasta eșuează; totul trebuie făcut sub controlul vederii, de către medicul specialist, pentru a nu inclava corpul străin sau a nu produce alte complicații
- în cazul unui corp străin inclavat, se practică extracția pe cale chirurgicală, sub control microscopic, evident sub anestezie generală.

Tratamentul dopului de cerumen se face prin spălătură auriculară sau prin aspirație sub controlul vederii. În cazul unui dop de cerumen vechi, întărit, uneori pietrificat, se face o înmuiere, o fluidificare prealabilă, după care se face spălătură și/sau aspirație.

Dopul epidermic se extrage prin spălătură auriculară, prin aspirații, sau ambele, sau uneori folosind instrumente speciale.

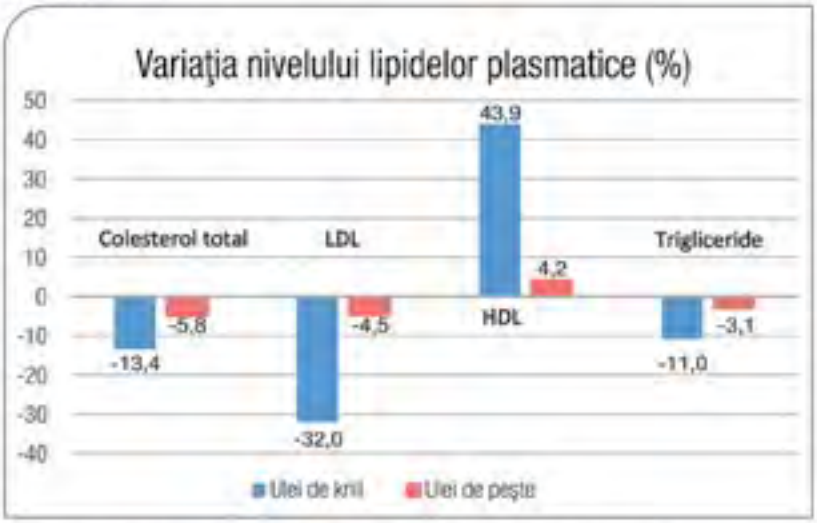
Profilaxia corpilor străini auriculari constă în supravegherea și educația sanitară a copiilor și a părinților.

CEL MAI PUR ULEI DE KRILL

Dovedit mai eficient decât uleiurile clasice de pește în reglarea nivelului colesterolului și trigliceridelor

Eficacitate demonstrată clinic

Efectul pozitiv în **reglarea nivelului lipidelor serice** a fost demonstrat clinic într-un studiu dublu-orb, randomizat, efectuat pe 60 de pacienți cu dislipidemii (193-347 mg/dL colesterol total, trigliceridemie 203-354 mg/dL) cărora li s-au administrat timp de 3 luni doze de **2 capsule de Korill**, respectiv 3 g ulei de pește zilnic[1].



Fără OMG · Fără gluten · Fără lactoze · Vanilie naturală · Fără coloranți

Într-un alt studiu[2] placebo controlat, realizat pe 300 de pacienți cu hipertrigliceridemie (150–499 mg/dL *à jeun*) s-a evidențiat o **scădere a nivelului trigliceridelor** cu 10,2% comparativ cu placebo la pacienții cărora li s-au administrat doze de **1–2 capsule de Korill**, timp de 3 luni.

Rossella Bunea, MD, Kinsson D'Urso, MD, MSc, Luca Deotto, MD, Evaluation of the Effects of Neptune Krill Oil on the Clinical Course of Hyperlipidemia, Intensive Medicine Review, 2004, vol.3, nr. 4, 420.

Kjetil Ringø, Kathy Mujar-Ismail, Nikolay Hamatov, Nils Romm, Lena Burri, Krill oil supplementation lowers serum triglycerides without increasing low-density lipoprotein cholesterol in adults with borderline high or high triglyceride levels, Nutrition Research 34 (2014) 126–133.

Korill este recomandat în:

- Reglarea nivelului colesterolului și trigliceridelor;
- Reducerea riscului de apariție a evenimentelor cardiovasculare;
- Hepatoprotecție complementară pe termen lung;
- Refacerea necesarului de acizi grași esențiali și de antioxidanți naturali.

Doza recomandată pentru adulți:
2 capsule pe zi, înainte sau în timpul meselor.
Se recomandă administratea Korill în cure de minimum 6 luni.
Pentru menținere curele pot fi prelungite pe termen lung, sau repetate.
A nu se depăși doza de 6 capsule pe zi.

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

ORIGINAL · ECO Harvesting

sanience

AspiVita100

Nattokinaza 100 mg (2000UF)

Un nou orizont în abordarea patologiilor cardiovasculare și neurologice

AspiVita100 o formulă inovativă cu eliberare controlată conține Nattokinază, serin-proteaza care a revoluționat lumea medicală prin selectivitatea înaltă pentru acumulările proteice cu potențial patogenic și prin profilul de siguranță.
AspiVita100 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 fibrinolitică activă după administrare orală

AspiVita100 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 administrarii, chiar și în doze de 6.000 UF, împreună cu: aspirină, clopidogrel, warfarină sau heparine injectabile la pacienții cu AVC[1]. De asemenea, administrarea este sigură la pacienții diabetici[2] și dializați[3]

Motivele includerii cu succes a AspiVita100 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[4] 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[7]
- **Protecția sistemului nervos împotriva degradării funcționale:** poate dizolva componentele plăcii de amiloid, indicator precoce al bolii Alzheimer[6]
- **Acțiune antihipertensivă demonstrată**[5] la pacienții cu pre-HTA și HTA stadiul 1

Formula inovativă cu eliberare controlată AspiVita100 asigură:

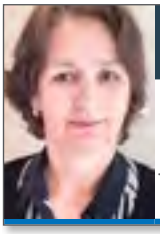
- **Profil de siguranță ridicat:** nu afectează coagularea fiziologică și sinteza normală a fibrinei
- **Administrare ușoară și efect prelungit:** capsulele AspiVita100 cu eliberare controlată contribuie la menținerea fluxului sanguin optim pe o perioadă de peste 12 ore

• Produs fabricat sub licență elvețiană exclusiv în Europa sub condiții farmaceutice GMP

[1]Shah AB., An open clinical pilot study to evaluate the safety and efficacy of natto kinaseas as an add-on; oral fibrinolytic agent to low molecular weight heparin & anti-platelets în acute ischeamic stroke, 2004; [2]Hitosugi M., Effects of bacillus natto products on blood pressure în patients with lifestyle diseases, 2014; [3]Hsia CH., et al, Nattokinase decreases plasma levels of fibrinogen, factor VII and factor VII în human subjects, 2009; [4]Kurosawa Y. et al., A single-dose of oral nattokinase potentiates thrombolysis and anticoagulation profiles, 20155Kim JY et al., Effects of nattokinase on blood pressure: a randomized, controlled trial, 2008; [5]Kim JY et al., Effects of nattokinase on blood pressure: a randomized, controlled trial, 2008; [6]Ruei-Lin Hsu et al., Amyloid-Degrading Ability of Nattokinase from Bacillus subtilis Natto, 2009; [7]Ren NN. et al., A clinical study on the effect of nattokinase on carotid artery atherosclerosis and hyperlipidaemia, 2017

Hemocromatoza ereditară, sindroame de încărcare cu fier

Hemocromatoza ereditară (HH) este modelul clasic al sindromului de încărcare cu fier, sindrom definit prin asocierea a trei elemente: hipersideremie, hiperferitinemie, depunere hepatică de fier, și având ca etiologie numeroase cauze genetice sau dobândite.



Con. Univ. Dr. Camelia Cojocariu

Inst. de Gastroenterologie și Hepatologie Iași, Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon" Iași, UMF „Grigore. T. Popa" Iași

Prof. Univ Dr. Carol Stanciu,

Prof. Univ Dr. Anca Trifan

HH este o anomalie înnăscută a metabolismului fierului, cu transmitere autosomal recesivă, caracterizată prin creșterea absorbției intestinale a fierului și depunerea secundară a acestuia în diverse țesuturi, determinată de mutații ale genei HFE (human hemochromatosis protein). HH este cea mai frecventă boală metabolică ereditară în populația caucaziană (unul din 200 de europeni este purtătorul unui genotip care, la o vârstă înaintată, îl expune la riscul dezvoltării unui sindrom de încărcare cu fier. Screening-ul HH prin determinarea saturației transferinei apreciază o prevalență a hemocromatozei de 2,4-8,3‰ locuitori în populația nord europeană (1-6). Statusul homozigot C282Y este genotipul care definește hemocromatoza ereditară; cealaltă mutație a genei HFE (H63D), izolată, are rol minor în patogenia hemocromatozei genetice [7].

După descoperirea genei HFE s-a constatat că nu toți pacienții cu fenotip hemocromatozic înnăscut au mutații la nivelul acestei gene, în special în țările sud europene, și mulți pacienți cu genotip hemocromatozic nu prezintă sindrom de încărcare cu fier. Din acest motiv a fost introdus un nou termen - hemocromatoză non HFE- utilizat pentru cazurile genetice de încărcare cu fier fără mutații ale genei HFE (7-10). OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man) precizează că sunt patru forme de hemocromatoză ereditară, fiecare determinată de mutații la nivelul altei gene, astfel încât termenul de hemocromatoză ereditară, utilizat până nu demult numai pentru formele asociate mutației HFE a fost extins și la alte entități clinice. (Tabel I).

În România mutațiile genetice pentru HH sunt mai rare; primul studiu din România care a evaluat incidența mutațiilor genetice ale HFE a arătat că aceste mutații sunt prezente la 1.75% pentru gena C282Y și 13,25% pentru H63D la persoanele din nord estul României [11].

În activitatea clinică ne confruntăm cu situații frecvente în care asocierea unor anomalii ale probelor funcționale hepatice cu modificări ale parametrilor fierului sunt dificil de interpretat.

O anamneză atentă ar putea ridica suspiciunea de încărcare cu fier, în situațiile în care pacienții relatează prezența unei astenii cronice asociată cu artralgii. Din păcate, de multe ori, ignorăm sau interpretăm greșit aceste simptome: astenia, cel mai frecvent simptom este considerat de cele mai multe ori de către pacient și de către medic ca fiind ceva normal, urmarea activității zilnice de multe ori suprasolicitante, motiv pentru care este ignorat/interpretat eronat în multe cazuri. Se consideră că triada – astenie, artralgii, valori crescute al aminotransferazelor serice - (sindromul celor trei A) este înalt sugestiv pentru un sindrom de încărcare cu fier.

Tablou clinic

HE are o evoluție îndelungată asimptomatică; primele manifestări sunt evidente după vârsta de 45-50 de ani, când stocul de fier al organismului este de peste 20 g. De cele mai multe ori diagnosticul întârzie cu peste 5 ani de la apariția primului simptom. Cele mai frecvente simptome la debut (prezente cu 5-10 ani înaintea stabilirii diagnosticului sunt: astenia, artralgiile și impotența. Triada clinică clasică – diabet zaharat, melanodermie, ciroză hepatică - este caracteristică numai hemocromatozei genetice. Celelalte entități clinice ce asociază sindroame de încărcare cu fier au simptomatologie specifică fiecărei afecțiuni.

Simptomatologia și tabloul clinic al HH sunt secundare depunerii fierului în organele parenchimatoase și tegumente.

1. **Manifestări hepatice** – hepatomegalie, modificarea probelor funcționale hepatice, ciroză hepatică, cu risc deosebit de mare de complicare cu hepatocarcinom.
2. **Manifestări endocrine:**

Afecțiunea	Hemocromatoza ereditară	Hemocromatoza ereditară juvenilă		Hemocromatoza TfR2	Boala feroportinei
OMIM	Hemocromatoză tip 1	Hemocromatoză tip 2a	Hemocromatoză tip 2b	Hemocromatoză tip 3	Hemocromatoză tip 4
genei	6p21.3	1q21	19q 13.1	7q 22	2q 32
Numele genei	HFE	HJV -hemojuvelin	HAMP -hepcidin	TfR2-receptor transferină	SLC11A3- feroportină
Transmitere	AR	AR		AR	AD
Anomalii biochimice	Precoce ↑IST și feritină (prima decadă)	Precoce ↑IST și feritină (prima decadă)		Precoce ↑IST (decada 2-3)	În stadii avansate Hiperferitinemie
Depozitarea fier	Ficat, glande endocrine, inimă	Ficat, glande endocrine, inimă		Ficat, glande endocrine, inimă	Ficat, glande endocrine, inimă
Localizare fier	Parenchimatoasă	Parenchimatoasă		Parenchimatoasă	Reticuloendotelială
distrucții	Variabil	Crescut		Variabil	Scăzut
Anemie	Nu	Nu		Nu	Posibil după flebotomii, menstrual
Manifestări clinice	hepatică, endocrină (hipogonadism), cardiacă	hepatică, endocrină (hipogonadism), cardiacă		Boală hepatică	Boală hepatică Anemie
terapeutic	Excelent	Excelent	Excelent	Excelent	Scăderea rapidă a IST dar hiperferitinemiei și risc de anemie
Debut	40-50 ani	20-30 ani	20-30 ani	40-50 ani	40-50 ani

Tabel I. Forme clinice de hemocromatoze genetice

- Diabet zaharat - aproape la jumătate din pacienţii cu hemocromatoză ereditară;
- Hipogonadism secundar (reducerea libidoului, amenoree precoce etc.).

3. **Hiperpigmentare cutanată** – generalizată/localizată numai la nivelul zonelor expuse la soare.
4. **Manifestări articulare** – artralgia este unul dintre simptomele precoce ale bolii, de multe ori ignorat de pacient. Afectarea articulară este secundară depunerii de fier la nivelul sinovialei articulare; manifestările articulare sunt rezistente la terapia de depleţie.
5. **Manifestări cardiovasculare** – cardiomiopatie, insuficienţă cardiacă, tulburări de ritm şi conducere.

Investigaţii

Evaluarea oricărui sindrom de încărcare cu fier presupune parcurgerea următoarelor etape: confirmarea biologică a anomaliilor metabolismului fierului, confirmarea depozitării tisulare a fierului, diagnosticul etiologic al sindromului de încărcare cu fier.

1. Parametrii biologici pentru evaluarea încărcării cu fier. Pentru evaluarea statusului fieric al organismului se utilizează determinarea următorilor parametri (Tabel II):

- sideremia,
- feritina serică,
- indicele (coeficientul) de saturaţie al transferinei (IST).

Sideremia exprimă cantitatea de fier seric legat de transferină şi este parametrul cel mai frecvent indicat în practică pentru evaluarea capitalului de fier al organismului; utilizarea numai a valorilor sideremiei pentru evaluarea încărcării cu fier este limitată de variaţiile diurne mari ale fierului seric [12]. Concentraţia fierului seric creşte în supraîncărcările cu fier, dar modificarea apare relativ târziu, când depozitele de fier au fost deja suprasaturate.

Feritina este o proteină care fixează fierul şi este considerat un parametru cu sensibilitate apreciabilă pentru evaluarea depozitele de fier din organism. Valorile sub 12 ug/l semnifică absenţa totală a depozitelor de fier în timp ce hiperferitinemia semnifică un exces a depozitării tisulare a fierului [12-15]. Valorile serice ale feritinei cresc în bolile inflamatorii cronice (poliartrita reumatoidă, lupus sistemic etc), infecţii, neoplazii, hemopatii maligne, hepatopatii cronice, inclusiv alte tezaurismoze (boala Gaucher), alcoolism, sindromul metabolic şi hipertiroidie [14-17]. Pentru excluderea unei cauze inflamatorii a hiperferitinemiei se recomandă determinarea proteinei C reactive; valorile normale ale acesteia exclude o cauză inflamatorie.

	Fier seric	Capacitatea totală de legare a fierului (CTLF)	Saturaţia transferinei	Feritina
Bărbaţi	65– 175 µg/dl 12–32 µmol/dl (SI)	250–450 µg/dl 45–76 µmol/l (SI)	20%–50%	18–270 ng/ml
Femei	50–170 µg/dl 9–30 µmol/l	250–450 µg/dl 45–76 µmol/l	20%–50%	18–160 ng/ml

Tabel II. Valori normale ale parametrilor serici ai fierului

Feritina este considerată cel mai fidel parametru biologic pentru evaluarea depozitelor de fier şi, în plus, este un test facil, neinvaziv, care se corelează bine cu încărcarea hepatică evaluată bioptic [17-19]. În hemocromatoza ereditară feritinemia peste 1000 µg/l semnifică fibroză severă sau ciroză. Utilizarea doar a feritinemiei pentru explorarea sindroamelor de încărcare cu fier are însă sensibilitate şi specificitate limitată.

Indicele (coeficientul) de saturaţie al transferinei (IST)

Determinarea saturaţiei transferinei (ST) este testul de primă intenţie indicat la pacienţii la care se suspectează o supraîncărcare cu fier a organismului. Saturaţia transferinei (ST) se calculează, de obicei, indirect, ca raport procentual dintre nivelul seric ale fierului şi capacitatea totală de legare a fierului (CTLF) a cărei valoare exprimă cantitatea de transferină circulantă. IST = (sideremie/CTLF) x 100. Valorile normale ale CTLF sunt de 250-350 micrograme% (1 gr de transferina fixeaza 1,25 mg Fe). Transferina, principala proteina transportoare a fierului, este în mod normal saturată în proporţie de 20-45% (în medie 32% la bărbaţi şi 26% la femei).

Valorile peste 45% ale IST sunt sugestive pentru hemocromatoză; valorile peste 50% la femei şi peste 60% la bărbaţi au sensibilitate de 92%, specificitate de 93% şi valoare predictiv pozitivă de 86% [17-20]. Se consideră că pentru valorile de graniţă, de 45-55% este recomandată o retestare la 2 ani în condiţiile în care nu este o altă cauză evidentă de încărcare cu fier [14].

IST-ul nu oferă nici o informaţie referitoare la gradul încărcării cu fier, deoarece în momentul constituirii depozitelor tisulare de fier transferina este saturată aproape în totalitate, indiferent de mărimea depozitelor de fier, dar este cea mai precoce anomalie biologică, care apare înainte ca încărcarea cu fier să fie semnificativă [14].

2. Confirmarea depozitării tisulare a fierului – evaluarea depozitelor de fier din ţesuturi se face prin estimarea lor la nivel hepatic, prin metode directe, invazive (PBH) sau indirecte (RMN, CT, susceptometrie hepatică biomagnetică).

Puncţia biopsie hepatică (PBH) – depozitarea fierului la nivel hepatic se face sub formă de feritină şi hemosiderină. Examenul histologic (coloraţie Perls) şi biochimic al produsului de biopsie oferă următoarele elemente: confirmă încărcarea hepatică cu fier (depozite de hemosiderină), precizează localizarea depozitelor de fier (pentru hemocromatoza ereditară este caracteristică acumularea parenchimatoasă), permite evaluarea semicantitativă a fierului hepatic, estimează gradul leziunilor de fibroză şi al nodulilor cu fier (locul de elecţie pentru dezvoltarea unui hepatocarcinom) (Fig. 1-4).

PBH a reprezentat mult timp gold standard de diagnostic al hemocromatozei şi al încărcărilor hepatice cu fier dar în prezent nu mai este indicată pentru diagnosticul pozitiv [19,20].

Rezonanţa magnetică nucleară (RMN) - metoda de preferat pentru diagnosticul şi, mai ales, pentru supravegherea pacienţilor cu hemocromatoză.

Susceptometria hepatică biomagnetică (Biomagnetic Liver Susceptometry – BLS) este considerată ca fiind cea mai specifică şi sensibilă metodă de evaluare directă noninvazivă a depozitelor de fier hepatic.

3. Diagnostic etiologic/genetic – testarea genetică reprezintă gold standard pentru diagnosticul hemocromatozei ere-

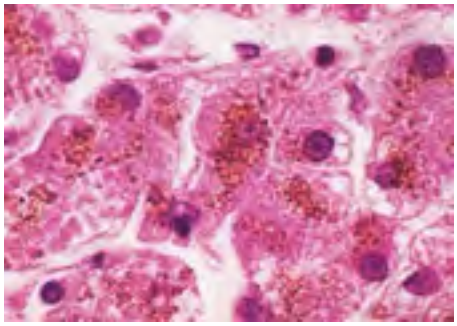


Fig 1.Hemocromatoză. (HE)

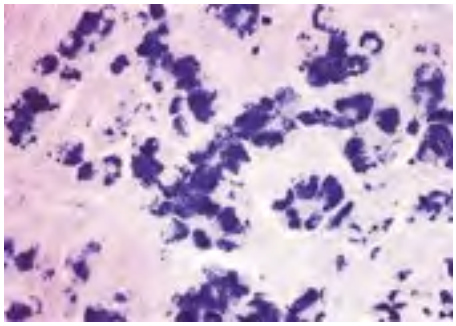


Fig 2. Hemocromatoză. (Perls) hemosiderină în hepatocite.

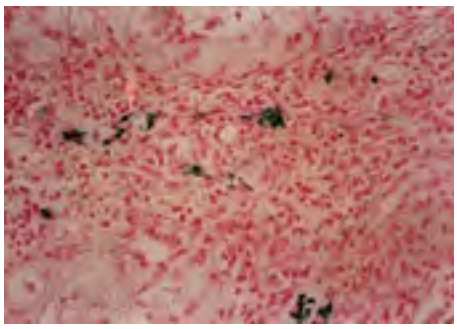


Fig 3. Hemosiderină în celulele Kupffer și macrofagele portale (reacția Perls)

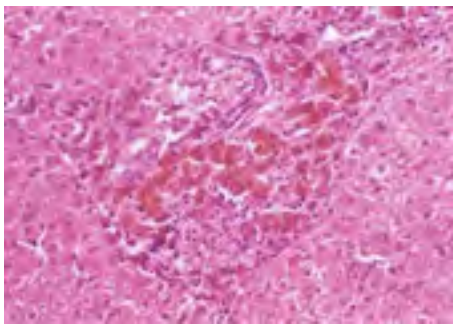


Fig 4. Hemosideroza secundară. (HE)

ditare; statusul homozigot C282Y confirmă diagnosticul de hemocromatoză genetică. Mutațiile HFE explică peste 90% din cazurile de hemocromatoze ereditare.

Descoperirea unui sindrom de încărcare cu fier obligă la stabilirea cauzei și mecanismului de producere al acestuia. Pentru stabilirea etiologiei se începe cu o anamneză și un examen clinic minuțios, insistând asupra:

- unui aport excesiv de fier exogen (preparate de fier, poliminerale, transfuzii repetate),
- consumului cronic de alcool,
- elementelor clinice sugestive pentru o boală hepatică cronică (ulterior examenele paraclinice stabilind etiologia și gradul afectării funcției hepatice),
- existența obezității, în special cea androidă, asociată sau nu cu diabet zaharat,
- existența unei afecțiuni hematologice (talasemie, anemii sideroblastice, anemii hemolitice ereditare etc).

Dacă se exclud cauzele secundare ale încărcării cu fier se impune testarea genetică, gold standard în explorarea hemocromatozei; statusul homozigot C282Y este criteriul major de diagnostic; mutațiile HFE explică peste 90% din cazurile de hemocromatoze ereditare.

Studierea ADN-ului prin amplificarea reacției de polimerizare în lanț este superior tipării HLA.

În cazul infirmării mutațiilor HFE, cea mai frecventă cauză genetică a hemocromatozei, este necesară extinderea testării genetice pentru celelalte gene responsabile de încărcarea cu fier.

Diagnosticul diferențial al HE presupune evaluarea tuturor cauzelor de încărcare hepatică cu fier. Triada astenie – artralgii – valori crescute al aminotransferazelor serice (sindromul celor trei A) este înalt sugestivă pentru un sindrom de încărcare cu fier, pentru a cărui evaluare trebuie avute în vedere o multitudine de cauze (Tabel III).

Hemocromatoza ereditară
- Corelată cu mutații HFE
- Necorelată cu mutații HFE
  - Hemocromatoza juvenilă (HFE 2)
  - Mutații ale receptorului transferinic (HFE3)
  - Mutațiile feroportinei (HFE 4)
  - Sindromul african de încărcare cu fier

Sindroame de încărcare primară cu fier
- Aceruloplasminemia
- Atransferinemia
- Încărcarea neonatală cu fier

Sindroame de încărcare secundară cu fier
- Anemii
  - Talasemia majoră
  - Anemia sideroblastică/aplastică
  - Anemii hemolitice cronice
  - Deficitul de piruvat kinază
  - Anemia responsivă la piridoxină
- Încărcare parenterală cu fier
  - Transfuzii, hemodialize repetate, administrare de fier injectabil
- Boli hepatice cronice
  - Porfiria cutanată tardivă
  - Hepatita B și C
  - Boala alcoolică a ficatului
  - Steatohepatitele non alcoolice
  - Șunturi portocave
- Hepatosideroza dismetabolică

Tabel III. Cauze frecvente de încărcare hepatică cu fier

Tratament

Hemocromatoza genetică HFE este singura boală genetică, care, dacă este diagnosticată precoce, poate fi tratată eficient, simplu și foarte ieftin – tratamentul constă în flebotomie. Monitorizarea și eficiența terapeutică se evaluează în funcție de valorile feritinemiei și hemoglobinei; sideremia și IST nu sunt utile pentru monitorizare deoarece revin rapid la valorile preflebotomie.

Flebotomiile se efectuează inițial săptămânal, în funcție de feritinemie și toleranța clinică, pentru ca după obținerea unei feritinemii de 50 µg/L, să se distanțeze la 1-4 luni.

Scopul tratamentului este ca toată viața feritina să fie menținută sub 50 µg/L. În cazul în care hemoglobina scade sub 11 g%, flebotomiile se întrerup.

Complicații – prognostic

Diagnosticată precoce, boala poate fi tratată, cu prognostic foarte bun.

În cazul în care diagnosticul este stabilit în prezența afectărilor sistemice (hepatice, cardiace, metabolice), evoluția și prognosticul sunt marcate de complicațiile specifice fiecărei implicări organice.

Pacienții cu hemocromatoză ereditară au un risc de peste 200 de ori mai mare de a dezvolta cancer hepatocelular decât populația generală.

Produsul Probiotic al anului 2019

Astarte este un produs care conține o combinație **fiziologică** de lactobacili, **specific selecționați**, **administrați oral** pentru refacerea și menținerea echilibrului florei vaginale și intestinale.

Fiind unul din cele mai **inovative produse probiotice** cu rezultate excelente confirmate de către studii, Astarte a fost inclus în competiția organizată de Nutra Ingredients Awards 2019, devenind **câștigător al categoriei Produsul probiotic al anului**.

WINNER NUTRA INGREDIENTS AWARDS 2019

Astarte, zeița fertilității și a sexualității, a inspirat numele unui produs inovativ, unic prin compoziție și administrare orală

Astarte conține **4 tulpini de lactobacili** (Lactobacillus Crispatus, L.Jensenii, L.Gasseri și L.Rhamnosus) specific destinate pentru confortul femeilor. Acesta contribuie la **refacerea și menținerea echilibrului florei intestinale și vaginale** astfel susținând funcționarea normală a sistemului uro-genital.

În dezvoltarea produsului Astarte un rol esențial a avut procesul de selecție a **celor mai adecvate tulpini de lactobacili**. În urma unor studii clinice efectuate de o echipă de medici ginecologi și microbiologi din Austria au fost identificate 4 tipuri de lactobacili cu influență particulară asupra sănătății florei vaginale.

Beneficiile administrării orale

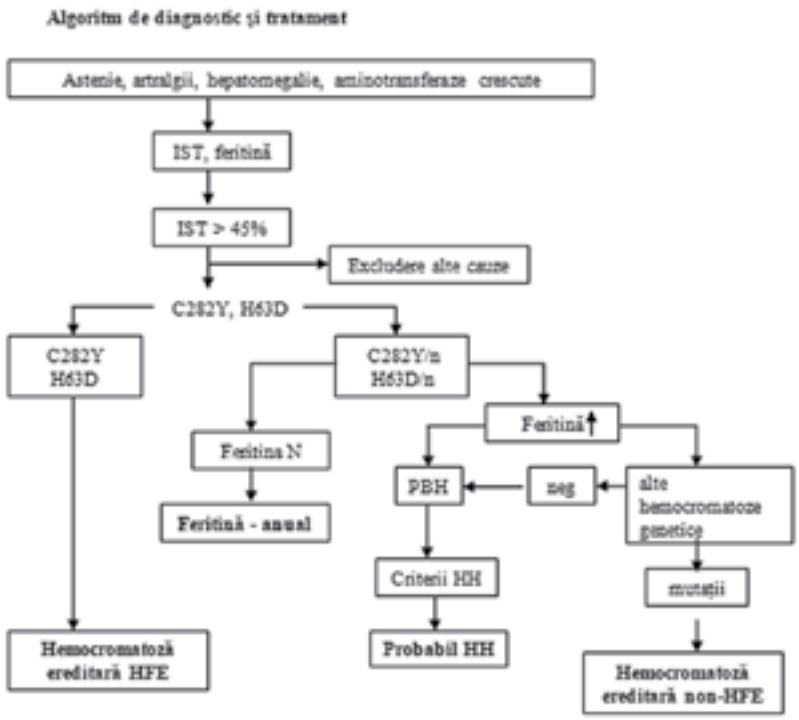
- simplă și igienică, poate fi făcută în orice moment, fără restricții
- posibilă și în timpul perioadei menstruale, sarcinii, alăptării
- fără legătură cu momentul actului sexual sau cu tipul de contraceptive folosit
- nu interferă cu administrarea locală a altor produse

Astarte este un supliment alimentar și nu trebuie să înlocuiască o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. Disponibil în farmacii. Pentru mai multe informații citiți prospectul din interior sau adresați-vă medicului sau farmacistului. https://www.montavit.ro/ro/produse/suplimentealimentare/astarte

Montavit

Montavit Reprezentanța pentru România, tel/fax 021-230.33.51, e-mail: office@montavit.ro

Algoritm de diagnostic și tratament



Prevenție primară / screening

Profilaxia primară a bolii este posibilă prin aplicarea screening-ului familial și populațional; profilaxia secundară se realizează prin tratarea corectă a cazurilor diagnosticate precoce.

Screening-ul familial permite diagnosticul formelor de boală pauci/asimptomatice, corespunzătoare unor depozite de fier minime. Diagnosticarea unui pacient cu hemocromatoză ereditară impune investigarea obligatorie a tuturor rudelor de gradul întâi ale pacientului.

Hemocromatoza ereditară îndeplinește criteriile OMS de afecțiune cu indicație de screening, deoarece: are incidență relativ crescută în populația generală (caucaziană); este singura boală genetică ce beneficiază de un tratament eficient, sigur și ieftin; apariția leziunilor de fibroză hepatică (ciroza) reprezintă principalul factor de prognostic infaust; diagnosticul precoce, înaintea instalării leziunilor viscerale, ameliorează net morbiditatea și mortalitatea.

Utilizarea IST-ului ca test screening este justificată, deorece costul pe an de viață salvat este mai redus decât cel acceptat pentru alte intervenții medicale comune.

Bibliografie

1. Andrews NC. Understanding Heme Transport. N Engl J Med. 2005; 353[23]: 2508-2509.
2. Bittencourt PL. Assesment of HFE mutations in patients with iron overload. Sao Paulo Med J. 2007; 125[1]: 65-67.
3. Camaschella Clara. Understanding iron homeostasis through genetic analysis of hemochromatosis and related disorders. Blood. 2005; 106[12]: 3710-3717.
4. Carneiro AA, Fernandes Juliana, de Araujo DB, Elias J, et al. Liver Iron Concetration Evaluated by Two Magnetic Methods: Magnetic Resonance Imaging and Magnetic Susceptometry. Magnetic Resonancein Medicine. 2005; 54: 122-128.
5. Cojocariu C, Trifan A, Sfarti C, Stanciu C. Sindroamele de încărcare cu fier - diagnostic. In Olteanu D, Rizescu M, Caiete de Gastroenterologie. București: Editura SemnE; 2008. p. 613-630.
6. Cojocariu C, Trifan A, Stanciu C. Hemocromatoza ereditară. Sindroame de încărcare cu fier. In Stanciu C. Boli cronice hepatice. Ghiduri și protocoale de practică medicală. Iași: Editura Junimea; 2008. p. 38-63.
7. Deugnier Y, Moirand R, Guyader D, Brissot P. Hemochromatosis genetique: aspects recents. Hepato-Gastro 1995; 5[2]: 429-438.
8. Deugnier Y. Surcharge en fer et gene HFE. Gastroenterol Clin Biol. 1999; 23: 122-135.
9. EASL clinical practice guidelines for HFE hemochromatosis. European Association For The Study Of The Liver. J Hepatol. 2010; 53[1]: 3-22.
10. Harrison S, Bacon B. Hereditary Hemochromatosis: update for 2003. J Gastroenterol. 2003; 38: 14-23.
11. Voicu PM, Cojocariu C, Petrescu-Danila E, Covic M, Stanciu C, Rusu M. Prevalence of HFE (hemochromatosis) gene mutations C282Y and H63D in a Romanian population. Blood Cells Mol Dis. 2009 Jan-Feb; 42[1]: 14-15.
12. Hash R. Hereditary Hemochromatosis. J Am Board Fam Pract. 2001; 14: 266-273.
13. Huang X. Iron overload and its asssociation with cancer risk in humans: evidence for iron as a carcinogenic metal. Mutation Research. 2003; 533: 153-171.
14. Mainous AG III, Wells B, Carek PJ, Gill JM, Geesey ME. The mortality risk of elevated serum transferrin saturation and consumption of dietary iron. Ann Fam Med. 2004; 2: 139-144.
15. Pietrangelo A. Haemochromatosis. Gut. 2003; 52(II): 23-30.
16. Pietrangelo A. Hereditary Hemochromatosis. A New Look at an Old Disease. The N Engl J Med. 2004; 350: 2383-2397.
17. Pietrangelo A. Non HFE Hemochromatosis. Hepatology. 2004; 39 [1]: 21-29.
18. Ramm GA, Riddell RG. Hepatotoxicity of iron overload: mechanisms of iron-induced hepatic fibrogenesis. Semin Liver Dis. 2005 Nov; 25[4]: 433-449.
19. Shayeghi M, Latunde-Dada GO, Oakhill JS, Laftah AH, Takeuchi K, et al. Identification of an intestinal heme transporter. Cell. 2005; 122: 789-801.
20. Trinder D, Fox C, Vautier G, Olynyk JK. Molecular pathogenesis of iron overload. Gut. 2002; 51: 290-295.

Dizolvă pietrele rinichilor datorate:
- **oxalatului de calciu**
- **acidului uric**

Recomandat:
- **în perioada tratamentului**
- **ca adjuvant pentru litotripsie**
- **pentru prevenirea recidivei**

Combate simptomele Infecțiilor de Tract Urinar cauzate de:
- **bacteria Escherichia coli (80-85% din totalul cazurile de I.T.U.)**
- **activitatea sexuală crescută**
- **scăderea cantității de estrogen**
- **cateterele urinare**

Recomandat:
- **ca adjuvant în cazul unei activități sexuale crescute, în menopauză, intervenții chirurgicale ce prevăd folosirea cateterelor urinare, înainte de a intra în bazine de înot / piscine / la mare / ocean**
- **pentru prevenirea recidivei**

Rev. 1 - Martie 2020

Unic importator şi distribuitor: Dux MD Pharma Solutions, România
Tel: 0769.954.577, E-mail: office@duxmd.ro, www.duxmd.ro

Dux MD pharma solutions

Suplimentarea dietei cu Coenzima Q10, între prevenție și necesitate

Marea problemă a zilelor noastre este că nu ne folosim de „miracolele” pe care natura ni le oferă, iar știința ni le dezvăluie. Am fi mai puțin bolnavi și am evita, prevenind, multe patologii severe.

Conf. Dr. Farm. pr.
CS II Gabriela Vlăsceanu

Facultatea de Asistență Medicală generală, Universitatea Bioterra București

De exemplu, așa cum afimă Dr. Emile Blizniakov și Gerald L. Hunt în cartea „Nutrientul miracol Coenzima Q10”, s-a demonstrat științific că lipsa lui Q10 din sânge duce la cele mai grave boli: de inimă, cancer, afecțiuni ale sistemului nervos, arterosclerozăă, diabet, infertilitate masculină, distrofii musculare, paradontoză, boli de piele, etc. Studiile au arătat că scăderea cu 25% a lui Q10 în sânge conduce la o reducere drastică a eficienței sistemului imunitar. [1]

De reținut este faptul că tot ce se hrănește și consumă oxigen în procesul vieții conține coenzima Q. Denumirea exactă a Coenzimei Q depinde de provenienţă: microorganismele folosesc Q1-Q6, fermenţii Q6-Q7, bacteriile Q8-Q9, fungii Q7-Q10, plantele Q9-Q10, nevertebratele Q9-Q10, vertebratele Q10 (cu câteva excepţii: șoarecii, șobolanii, știuca).

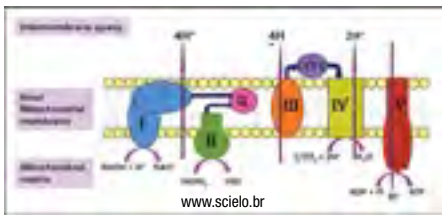
De remarcat că, deși Co Q se găsește în toate celulele, țesuturile și organele, concentrația cea mai mare se regăsește în inimă.

În cartea sa „Remedii naturale” medicul Mark Stengler afirmă „având atât de multe efecte benefice asupra corpului, acționând în atât de multe locuri, Co Q10 ar trebui să fie cunoscută și sub numele ei științific, acela de „ubichinonă” (ubi = peste tot)”. [2]

Ubiqinona se găsește în mod natural în mitocondrii, așa-numitele „centrale electrice ale celulei”. O celulă poate conține până la o mie de mitocondrii care sunt responsabile pentru toată energia pe care aceasta o produce, prin combustia de nutrienţi. Practic, are loc o reacție între materialul chimic din alimente și oxigen, cu formare de ATP.

www.vivirbienesunplacer.com

Adenozin trifosfat (ATP) funcționează ca energie biologică, fiind utilizat de exemplu, atunci când ne mișcăm, gândim sau creștem. Q10 are influenţă asupra eficienței producției de ATP. Procesul care are loc în mitocondrii constă în cinci faze, pe care acizii grași și glucoza le parcurg pentru a deveni ATP. Cum Q10 este esențială pentru transportul electronilor în timpul procesului biochimic, rezultă că este absolut necesară pentru o funcționare normală a mitocondriilor.



www.scielo.br

Din procesele biochimice de formare a ATP-ului rezultă și produși reziduali, anume radicalii liberi (specii reactive de oxigen – ROS). Antioxidantul cel mai puternic și disponibil în celule este CoQ10, aceasta protejând AND-ul mitocondrial de acțiunea nocivă a radicalilor liberi.

Gerald Hunt în cartea „Noutăţi despre tinerețea veșnică” afirmă „această substanță întărește sistemul imunitar, mărește puterea inimii fără să fie nevoie de exerciţii fizice, protejează inima împotriva atacului de cord, scade tensiunea arterială, reduce greutatea pe cale normală, mărește durata de viață”. Tot el definește Co Q10 ca fiind „combustibil pentru atleţi”, recomandând ca „orice persoană care are o activitate fizică intensă să ia cel puțin o doză minimă dintr-un supliment cu Co Q10”; același autor recomandă o doză zilnică de 25-100 mg. pentru prevenție, iar doza crește în funcție de boală, până la 30-400 mg/zi, pentru bolnavii de cancer. Nu există efecte secundare grave în studii controlate, chiar și cu doze de până la 1200 mg zilnic, timp de un an. [3]

Coenzima Q10 este, în general, administrată fără efecte secundare, rareori putând apărea probleme ușoare de stomac; iritabilitatea, durerile de cap și vertijul nu s-au dovedit a fi cauzate de Q10.

Reacțiile adverse ale medicamentelor de sinteză reprezintă o problemă foarte importantă, iar medicii alopaţi trebuie să țină cont de faptul că unele medicamente scad rezervele de Q10 din organism. Astfel, Adriamicina (un chimioterapic folosit în tratamentul diferitelor tipuri de cancer), poate avea efecte negative ireversibile. De asemenea, psihoactivele (antidepresivele triciclice și fenotiazinele) scad nivelul de Co Q10. Beta-blocantele sunt o altă clasă de medicamente care sărăcesc organismul de Co Q10 (în tratament cronic pot conduce la insuficiență cardiacă congestivă). Milioane de oameni iau medicamente pentru scăderea colesterolului. Atenție la hipocolesterolemiante! În Arch Neurol (Shults et al, 2002) se arată că: „unele boli de inimă cum ar fi aritmiile, insuficiența cardiacă și infarctul de miocard au fost asociate cu folosirea lor“. [4]

Simpla introducere în dieta zilnică de suplimente cu Co Q10 asigură creșterea imunității și odată cu aceasta, dispariția stresului oxidativ datorat radicalilor liberi în exces. Recomandarea este pentru suplimente care conțin coenzima Q10 pură, cât mai apropiată ca structură de Co Q10 produsă de corpul uman, pentru a avea garanția unei biodisponibilităţi ridicate. Astfel, marca oficială de referință a ICQA (Asociația Internațională pentru Studiul Coenzimei Q10) este Bio-Qinon al producătorului danez Pharma Nord, un produs documentat în peste 100 de studii științifice. Acest produs se obține printr-un proces de fabricație special, prin care coenzima Q10 e dizolvată în mai multe uleiuri vegetale și supusă unui proces de încălzire controlată, pentru a nu se forma structuri cristaline; moleculele de Q10 rămân astfel libere și sunt ușor absorbite de organism..

S-a demonstrat că suplimentarea cu 200 mg. de Co Q10 pe zi are efect protector în menținerea necesarului de Q10 al organismului.

Tratamentul complementar cu CoQ10 la tratamentul standard pentru pacienții cu insuficiență cardiacă moderată până la severă este sigur, bine tolerat și asociat cu o ameliorare simptomatică și o reducere majoră a efectelor adverse cardiovasculare. [5]

1. Blizniakov E.G., Hunt G.L., Nutrientul miracol Coenzima Q10, Editura Elit, p. 210, 1999
2. Stengler M., Remedii naturiste ale medicului homeopat - 113 tratamente naturiste verificate, Editura ALL, 2005
3. Hunt G.L., Noutăţi despre tinerețea veșnică, Academic Associate of the Centre for Sexual Diversity Studies, University of Toronto.
4. Shults et al, Arch Neurol (2002) vol 59, no 10, pp1541-50 (A-6714)
5. Mortensen et al, The Effect of Coenzyme Q10 on Morbidity and Mortality in Chronic Heart Failure, Results From Q-SYMBIO: A Randomized Double-Blind Trial, multicentre trial with focus on SYMptoms, Blomarker status [Brain-Natriuretic Peptide (BNP)], and long-term Outcome [hospitalisations/mortality]; ISRCTN94506234) (J Am Coll Cardiol HF 2014;-:-–-) © 2014 by the American College of Cardiology Foundation.

Alegeţi ce este mai bun!

Încercaţi produsul original cu Q10!

Dacă nu aţi folosit BioActive Q10 Gold atunci nu aţi simţit pe deplin beneficiile coenzimei Q10. Încercaţi BioActive Q10 Gold pentru a beneficia de pe urma a peste 20 de ani de cercetări!

Blisterele igienice protejează capsulele de acţiunea aerului şi a umezelii.

Peste 100 de studii ştiinţifice care documentează efectele produsului.

Brandul original cu Q10 de la Pharma Nord.

Rezultatul a 23 de ani de dezvoltare şi cercetare.

Produsul nu conţine gluten.

Q10 identic naturală. Ingrediente Precise®.

Absorbţie, efect* şi siguranţă documentate.

BioActive Q10 Gold a fost ales produsul oficial de referinţă pentru cercetări internaţionale cu Q10.

Produs realizat în fabrica proprie din Danemarca.

Capsulele de culoare închisă protejează conţinutul de acţiunea nocivă a luminii. Fiecare capsulă conţine 100mg de Q10 dizolvată în ulei vegetal.

Coenzima Q10 cu vitamina C care contribuie la metabolismul energetic normal.

*Coenzima Q10 naturală cu vitamina C care contribuie la metabolismul energetic normal.

Strada Balta Albina nr. 4,
etaj 2, sector 3, Bucureşti
www.pharmanord.ro
consumator@pharmanord.com

Pharma Nord

Deficitul cognitiv ușor și EGb761

Conform unui raport OMS din februarie 2018, în intervalul 2015 - 2050 populația de 60 de ani se va dubla (de la 12% la 22%), iar în acest an, 2020, populația în vârstă de ≥ 60 ani va depăși numărul copiilor sub 5 ani. Așadar creșterea speranței de viață, îmbătrânirea populației și scăderea natalității au deja un impact major socioeconomic chiar și pentru țările dezvoltate. Efectele sunt cu atât mai mari cu cât în anii 90, din bugetul pentru sănătate al SUA, se aloca 90% pentru îngrijiri medicale și numai 1,5% pentru profilaxie, în condițiile în care reducerea mortalității este în primul caz de 11%, dar crește la 43% printr-o bună prevenire, care implică educația pentru sănătate pe scară largă [1]. Din păcate, această tendință se păstrează și astăzi în majoritatea țărilor dezvoltate. Vârsta cronologică este cel mai puternic factor de risc pentru demență și prevalența acesteia [2]. Diagnosticarea precoce a modificărilor cognitive este foarte importantă pentru reducerea impactului socioeconomic al demențelor.

Conf. Univ.
Dr. Carmen Adella Sîrbu

Universitatea Titu Maiorescu
București, SUUMC „dr Carol Davila"
București, secția neurologie

Sindromul de deficit cognitiv ușor (MCI-Mild Cognitive Impairment) a fost descris în 2001 de Petersen[3]. MCI poate evolua în 4 direcții: stabilitate (nu se ameliorează dar nici nu face conversia spre demență -26,84%), instabilă (cu fluctuații între MCI și normalitate - 18,13%), remisie (recuperarea unor funcții cognitive) și progresivă, către demență. Lipsa criteriilor asupra căror domenii cognitive ar trebui să fie evaluate și prin ce teste, sau asupra limitei dintre performanța normală cognitivă și cea patologică, explică inexistența unui consens internațional. La acestea se adaugă rezultatele fals (+) sau fals (-) ce țin de educație, deficite senzoriale, explorarea unei funcții cognitive unice etc. Apariția biomarkerilor specifici precum beta secretaza plasmatică 1 (BACE1) care crește semnificativ la pacienții cu MCI, cu risc de conversie după trei ani spre demența Alzheimer, reprezintă progrese importante[4].

În MCI amnezică (aMCI), pierderea de memorie este predominantă și este asociată cu un risc ridicat de conversie spre demența Alzheimer. Persoanele cu MCI nonamnezică (naMCI) au deficiențe în alte domenii cognitive decât memoria și au un risc mai mare de a dezvolta alte forme de demență, precum cea cu corpi Lewy[5]. Ambele tipuri de MCI pot fi clasificate în continuare în subtipuri cu un singur domeniu afectat sau mai multe.

Conform Manualului de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mentale, a cincea ediție (2013), abreviat ca DSM-5, criteriile de diagnostic pentru Tulburarea neurocognitivă ușoară (TNCU), sunt 4, de la A la D, cu două subcriterii A1, A2:

A= declin cognitiv usor față de un nivel anterior de performanță într-unul sau mai multe domenii; A1 = sesizat de pacient, aparținător sau clinician; A2 = o afectare ușoară a performanței cognitive (atât A1 cât și A2 trebuie îndeplinite simultan);
B= afectarea ușoară cognitivă nu intervine în activitatea de zi cu zi;
C= manifestările nu apar exclusiv în contextul delirului;
D= nu sunt mai bine explicate de o altă tulburare mentală.

Foarte important este ca tulburările semnalate să nu se datoreze altor cauze tratabile, deci reversibile ale deficiților cognitive.

Tulburările neurocognitive ușoare se găsesc la capitolul 6D71 din noua Clasificare Internațională a Bolilor, ICD 11, care urmează să fie implementată în majoritatea țărilor începând cu luna ianuarie 2022.

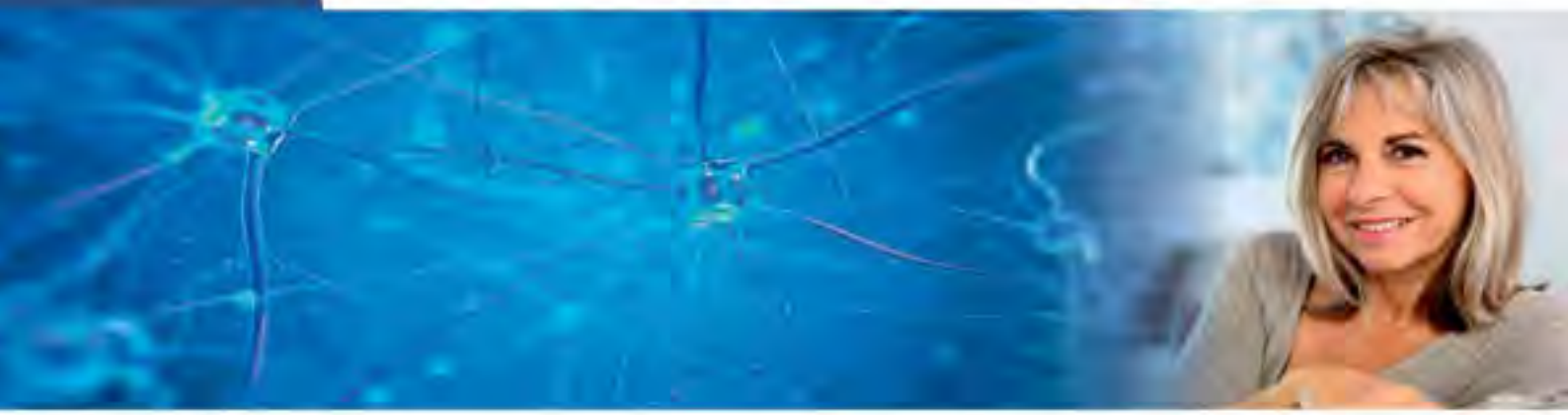
Deficitul cognitiv ușor poate fi considerat deci ca prodrom al demenței, putând fi însoțit și de simptome non-cognitive, precum depresie, apatie, perturbări ale ritmului somn-veghe.

Conform ghidului terapeutic pentru tulburările psihiatrice majore publicat în 2014, în prezent nu există terapii standard pentru deficitul cognitiv ușor, existând premise teoretice ale unor beneficii terapeutice posibile care ar încetini progresia simptomelor cognitive, prin tratamentul factorilor de risc. MCI asociat vârstei înaintate ar putea fi ameliorat prin produse „anti-aging" ce conțin *ginkgo biloba*, trofice cerebrale, antioxidanți și un regim sănătos de viață.

Originar din China, arborele Ginkgo biloba, a apărut cu cca 200 mil. de ani în urmă. În Europa a ajuns în anul 1710 (la Utrecht, Olanda), plătindu-se pentru un pom suma de 40 de taleri de aur, de unde a derivat și denumirea populară de „arborele de 40 de taleri"[6]. El este recunoscut în domeniul farmaceutic. Produsele obținute din frunzele arborelui Ginkgo Biloba, trebuie să îndeplinească cerințele ambelor foruri internaționale, WHO Monographs și EU Herbal Monograph. Singurul extract standardizat recunoscut este EGb 761 („gold standard extract").

tanakan® EGb 761®

RĂMÂI CONECTAT!



- **Extractul standardizat** de ginkgo biloba cu eficacitate și siguranță **demonstrate științific**
- **Preparat original, patentat GMP/GLP***
- **27 etape de producție,** incluzând 18 faze succesive de purificare și îmbogățire*

tanakan®

neurotrofic, neurotropic, antiischemic, antioxidant

- Reduce evoluția **declinului cognitiv** pe termen lung[1]
- Scade intensitatea și frecvența zgomotelor în **tinitus**[2,3]
- Reduce intensitatea, frecvența și durata **vertijului**[4,5]
- Îmbunătățește **fluxul sanguin cerebral**[6]
- Are efecte protectoare asupra **metabolismului celular,** neuronilor cerebrali și celulelor neurosenzoriale[6]

TAN-RO-000046

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

1.Amieva H et al. Ginko Biloba Extract and Long-Term Cognitive Decline: A 20-Year Follow-Up Population Based-Study. PLoS One 2013;8(1):e52755; 2. Hilton et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;3:CD003852; 3.von Boetticher et al. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2011;7:441– 447; 4.Hamann K. The Internet Journal of Otorhinolaryngology 2006:6(2):1-7; 5.Sokolova et al. International Journal of Otolaryngology 2014;2014:682439; 6.Tanakan cpr RCP 2019; Tanakan sol RCP 2019; *Data on file.

IPSEN Innovation for patient care | CONSUMER HEALTHCARE

Denumirea comercială a medicamentului Tanakan, 40 mg, comprimate filmate. Tanakan 40 mg/ml, Tanakan picături orale, soluţie Compoziţia calitativă şi cantitativă: un comprimat filmat sau 100 ml picături orale, soluţie contin extract uscat de Ginkgo, rafinat şi cuantificat DER 35-67:1 (conţinând 22,0 - 27,0% glicozide flavonice, 2,6 - 3,2% bilobalide şi 2,8 - 3,4% ginkgolide A, B, C) 40 mg. **Indicaţii terapeutice** : Tratamentul simptomatic al afecţiunilor cognitive la adulţi, cu excepţia demenţei confirmate, a bolii Parkinson şi tulburărilor cognitive secundare depresiei, bolilor vasculare, metabolice sau de origine iatrogenică. Tratamentul adjuvant al vertijului de origine vestibulară, pe lângă reabilitarea vestibulară. Tratamentul simptomatic al tinitusului. **Doze şi mod de administrare** : doza obişnuită este de 3 comprimate filmate *Tanakan* (120 mg extract uscat de Ginkgo, rafinat şi cuantificat DER 35-67:1) pe zi. Solutia ee administrează pe cale orală utilizand pipeta gradată: 1 doza = 1 ml picături orale, soluţie = 40 mg extract standardizat de Ginkgo biloba. Doza recomandată este de 3 ml picături orale,(3 doze) pe zi, repartizate pe parcursul unei zile. Tanakan, picături orale,trebuie diluate intr-o jumatate de pahar de apa. Si comprimatele si solutia se administreaza in timpul meselor. **Contraindicaţii**: hipersensibilitate la extract uscat de Ginkgo, rafinat şi cuantificat DER 35-67:1 sau la oricare dintre excipienţii produsului. Atenţionări şi precauţii speciale pentru utilizare Acest medicament nu este un antihipertensiv si nu poate înlocui sau evita tratamentul hipertensiunii arteriale prin medicamente specifice. Deoarece medicamentul conţine lactoză, administrarea nu este recomandată la pacienţii cu intoleranţă ereditară la galactoză, deficit de lactază Lapp sau malabsorbţie de glucoză-galactoză. Se recomandă atenţie la pacienţii trataţi concomitent cu medicamente, în special cele care metabolizează CYP3A4 şi cu un index terapeutic îngust. Tanakan soluţie orală conţine 57% etanol (alcool) ce corespunde cu 450 mg/ml. Administrarea Tanakan soluţie orală este dăunătoare la pacienţii care suferă de alcoolism. Când se decide oportunitatea administrării Tanakan soluţie orală, trebuie luate în considerare femeile care alăptează şi cele gravide, copiii şi grupurile cu risc ridicat, cum ar fi pacienţii cu insuficienţă hepatică sau epilepsie. Interacţiuni cu alte medicamente şi alte forme de interacţiune Rezultatele studiilor publicate de interacţiune cu EGb 761 sunt neconcludente; unele studii au raportat potenţarea sau inhibarea izoenzimelor citocromului P450, inclusiv CYP3A4. În ciuda incertitudinii actuale, medicamentele metabolizate în principal de către CYP3A4 şi cu un indice terapeutic îngust trebuie să fie administrate concomitent cu prudenţă. Conţinutul de etanol (450 mg la o doză de 1 ml) ar trebui luat în considerare la asocierea acestui medicament cu alte medicamente: care determină un efect de tip disulfiram la alcool (senzatie de caldura, eritem, varsaturi, cresterea frecventei cardiace): disulfiram, cefamandol, cefoperazona, latamoxef (cefalosporine), cloramfenicol, clorpropamida, glibenclamida, glipizida, tolbutamida, (sulfamide antidiabetice hipoglicemiante), griseofulvina (fungicid), 5- nitroimidazoli (metronidazol, ornidazol, secnidazol, tinidazol), ketoconazol, procarbazina (citostatic). Deprimante ale sistemului nervos central. **Sarcina şi alăptarea**: Experimentele pe animale n-au evidentiat efecte teratogene. La om nu exista date epidemiologice certe. Totusi, până în prezent n-a fost raportat nici un efect malformativ. În absenta unor date complete, folosirea în timpul sarcinii si alaptarii nu este recomandata. Conţinutul de etanol ar trebui luat în considerare la femeile gravide sau care alăptează. Există date limitate privind utilizarea de Tanakan la femeile gravide. Studiile pe animale nu au indicat efecte dăunătoare directe sau indirecte asupra funcţiei de reproducere. Ca măsură de precauţie, este de preferat să se evite utilizarea Tanakan în timpul sarcinii. Nu se cunoaşte dacă Tanakan se excretă în laptele uman sau animal. Ar trebui luată o decizie în vederea alăptării la sân sau urmarea unui tratamentul cu Tanakan, ţinând cont de beneficiile hrănirii nou-născutului cu lapte matern şi beneficiul tratamentului cu Tanakan la femei. Efecte asupra capacităţii de a conduce vehicule şi de a folosi utilaje Nu are efecte asupra capacitatii de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Cu toate acestea, ameţeala poate afecta capacitatea de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Reacţii adverse. **Reacţiile adverse** sunt prezentate în funcţie de următoarele categorii de frecvenţă: frecvente (≥1/100 până la <1/10), mai puţin frecvente (≥1/1000 până la <1/100), rare (≥1/10000 până la 1/1000). Tulburări ale sistemului imunitar Frecvente: Hipersensitivitate, Dispnee, Mai puţin frecvente: Urticarie Rare: Angioedem. Tulburări ale sistemului nervos Frecvente: ameţeală, durere de cap, sincopă. Tulburări gastro-intestinale Frecvente: Dureri abdominale, diaree, dispepsie, greaţă. Afecţiuni cutanate şi ale ţesutului subcutanat Frecvente: Eczemă, prurit, Mai puţin frecvente: Iritaţie. Raportarea reacţiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă si permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniştii din domeniul sănătăţii sunt rugaţi să raporteze orice reacţie adversă suspectată la Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale Str. Aviator Sănătescu nr. 48, sector 1 Bucuresti 011478- RO Tel: +4 0757 117 259 Fax: +4 0213 163 497 e-mail: adr@anm.ro. **Supradozaj** Nu s-au semnalat cazuri de supradozaj. Conţinutul de etanol ar trebui luat în considerare în caz de supradozaj **Lista excipienţilor** Comprimate nucleu lactoza monohidrat, celuloza microcristalina, amidon de porumb, dioxid de siliciu coloidal anhidru, talc, stearat de magneziu. film macrogol 400, hipromeloza, macrogol 6000, dioxid de titan (E 171), oxid roşu de fer (E 172). Solutie: zaharină sodică, ulei volatil solubil de portocale, ulei volatil solubil de lămâie, etanol, apă purificată Incompatibilităţi Nu este cazul. **Perioada de valabilitate** 3 ani. După prima deschidere a flaconului:3 luni **Precauţii speciale pentru păstrare** A nu se păstra la temperaturi peste 25ºC. Natura şi conţinutul ambalajului Cutie cu 2 sau 6 blistere din PVC/Al a câte 15 comprimate filmate, cutie cu 2 sau 6 blistere din PVC-PVDC/Al a câte 15 comprimate filmate. Flacon de sticlă brună, de tip III, închis cu capac cu stratul extern din PEJD; cutia conţine şi o pipetă gradată din polietilenă marcată la 1 ml. Instrucţiuni privind pregătirea produsului medicamentos în vederea administrării şi manipularea sa Nu sunt necesare **Precauţii speciale pentru eliminarea reziduurilor** Fără cerinţe speciale **Deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă** Ipsen Consumer Healthcare 65, quai Georges Gorse 92650 Boulogne Billancourt Cedex, Franţa **Nr. APP** comprimate 6948/2006/01-04, soluţie 12367/2019/01-04. **Data primei autorizări sau a reinnoirii autorizaţiei** Comprimate Noiembrie/2006, Soluţie August/2019. **Data revizuirii textului** Soluţie Noiembrie/2019, Comprimate Februarie/2020. Medicament eliberat pe bază de prescripţie medicală PRF.

TAN-RO-000046

Această calificare s-a obținut prin respectarea condițiilor privind cultivarea, culegerea frunzelor de Ginkgo Biloba (la maturitate) și procesul de extracție[7,8].

Acțiunea farmacologică a EGb 761 se concentrează pe proprietățile vasculotrope și îmbunătățirea reologiei, pe acțiunea antioxidantă și de neuroprotecție. Se apreciază ca numărul total de celule neuronale din creier este de 86 bilioane, cu un număr aproximativ egal de celule nonneuronale. S-a constatat că noi dezvoltăm aproximativ 700-1000 noi neuroni în hipocamp zilnic, astfel că până la vârsta de 50 ani aici vom avea peste 12 milioane de neuroni noi, suficienți pentru a înlocui complet hipocampul, structura strategică în cogniție[10]. EGb 761 influențează cortexul cerebral, hipocampul, substanța neagră și măduva spinării, având rezultate bune în afecțiunile cerebrovasculare și boala Alzheimer[11,12].

Pentru ca extractul de Ginkgo biloba să aibă aceste proprietăți, el trebuie să fie standardizat, adică trebuie să conțină o anumită cantitate din anumiți constituenți:
• flavonoide (ginkgoflavonoide) 22-27%,
• terpene (ginkgoterpenoide) 5-7%, dintre care
► 2,8-3,4% ginkgolide (A, B, C, diterpene);
► 2,6-3,2% bilobalide (sesquiterpene);
• sub 5 ppm (părți per million, adică sub 0,5 mg/100 g extract vegetal) acizi ginkgolici, care au potential alergenic și toxic.

Biflavonoidele, care reduc absorbția intestinală a componentelor active, ducând la diminuarea acțiunii terapeutice, trebuie să lipsească din acest extract[13].

Preparatele nestandardizate care conțin doar flavonoide nu au efecte neurotrope, cele cu conținut ridicat de acizi ginkgolici induc reacții alergene puternice și toxicitate celulară, cele cu conținut mare de terpene interferă cu coagularea sângelui ducând la interacțiuni cu anticoagulantele și antiagregantele utilizate concomitent, cu risc crescut de sângerare[14]. Utilizarea suplimentelor alimentare botanice este larg răspândită dar complexitatea și variabilitatea lor prezintă multe provocări. Atât producătorii, cât și cei care aprobă sau recomandă aceste produse, sunt responsabili pentru siguranța celor cărora le sunt indicate. Medicii trebuie să le utilizeze după o bună și corectă informare[15].

Medicii de familie au rol esențial în selecția pacienților cu probleme cognitive incipiente. O grijă deosebită trebuie acordată pacienților peste 50 de ani care afirmă scăderea memoriei, probleme de atenție și concentrare, elemente de depresie, anxietate sau apatie. Dacă există antecedente heredocolaterale de tulburări cognitive, atenția trebuie să fie și mai mare. Când pacientul asociază și factori de risc vasculari, pe lângă identificatrea lor se încearcă și modificarea acestora, cunoscându-se faptul că ei intervin în patologia cognitivă. În cazul suspiciunilor de tulburare neurocognitivă incipientă, medicii de familie vor colabora cu medicii neurologi, psihiatri, cu psihologii, în vederea managementului optim medical.

Conform ghidului elaborat de Academia Americană de Neurologie, în 2018, privind declinul cognitiv ușor (MCI), recomandările sunt următoarele:
• pentru pacienții care acuză tulburări de memorie care nu pot fi atribuite îmbătrânirii fiziologice, se recomandă evaluare;
• dacă experiența în MCI lipsește, se recomandă ca pacienții să fie trimiși unui specialist;
• dacă pacientul este diagnosticat cu MCI, se încearcă decelarea factorilor de risc modificabili;
• se fac testări periodice pentru a se vedea tendința evoluției MCI;
• nu există medicamente aprobate de FDA pentru MCI, dar un program de exerciții fizice de 2 ori pe săptamană ar putea fi benefic[16].

Alte utilizări ale extractului standardizat de Ginkgo biloba, EGb 761 sunt în tratamentul simptomatic al tinitusului sau tratamentul adjuvant al vertijului. Datorită efectelor sale antiplachetare, vasodilatatoare, hemo-reologice și antioxidante, scade intensitatea și frecvența zgomotelor[17,18]. De asemenea, ameliorează simptomatologia vertiginoasă, reducând intensitatea, frecvența și durata vertijului[19,20]. În prezent, pe site-ul clinicaltrials.gov sunt finalizate sau în diferite stadii de desfășurare, 91 de studii clinice cu EGb 761 pentru diverse afecțiuni (cognitive, ORL, oculare, vasculare, psihiatrice, etc.), care vor aduce date noi privind indicațiile acestui extract standardizat, atât pentru declinul cognitiv cât și pentru alte afecțiuni medicale[21].

Bibliografie

1. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé. France: Nouvelles, 1995. ISBN-13: 978-2921696050;
2. Stephan et al. Journal of Psychiatric Research 2018;100:1–4;
3. Petersen et al. Arch Neurol. 2001;58(12):1985–1992;
4. Shen et al. Biol Psychiatry. 2018;83(5):447–455;
5. Grundman et al. Arch Neurol. 2004;61(1):59–66;
6. https://ro.wikipedia.org/wiki/Arborele_pagodelor [Online] [Cited: 29 02 2020];
7. European Union herbal monograph on Ginkgo biloba L., folium 28 January 2015, EMA/HMPC/321097/2012;
8. WHO Monographs on selected medicinal plants Folium Ginkgo, Volume 1,1999;
9. Azevedo et al. J Comp Neurol. 2009;513(5):532–541. doi:10.1002/cne.21974.
10. Spalding et al. Cell 2013;153(6):1219–1227;
11. Ren et al. Neural Regen Res. 2019;14(7):1152–1157;
12. Wąsik A, Antkiewicz-Michaluk L. Pharmacol Rep. 2017;69(5):851–860;
13. Grass-Kapanke et al. Neuroscience & Medicine 2011;2:48-56;
14. Garban, Florescu Ghid - Suplimentele Alimentare, Institutul National de Sanatate Publica – 2013, p 30;
15. Shipkowski et al. Food Chem Toxicol. 2018;118:963–971;
16. Petersen et al. Neurology, 2017:90(3):126–135;
17. Hilton et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;3:CD003852;
18. von Boetticher et al. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2011;7:441– 447;
19. Hamann K. The Internet Journal of Otorhinolaryngology 2006:6(2):1-7;
20. Sokolova et al. International Journal of Otolaryngology 2014;2014:682439;
21. https://clinicaltrials.gov/ct2/results?cond=&term=EGb761&cntry=&state=&city=&dist=[Online] [Cited: 29 02 2020].

Redă libertatea mişcării!

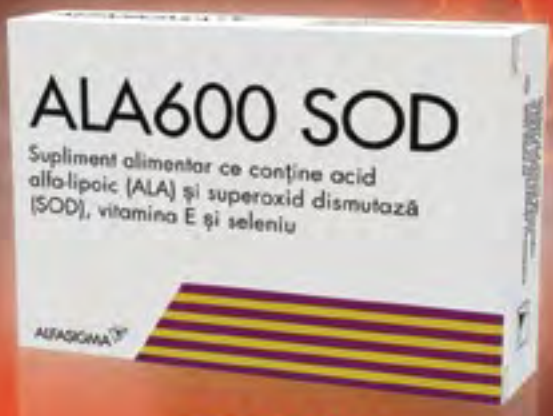
DICLOREUM diclofenac **150 mg**

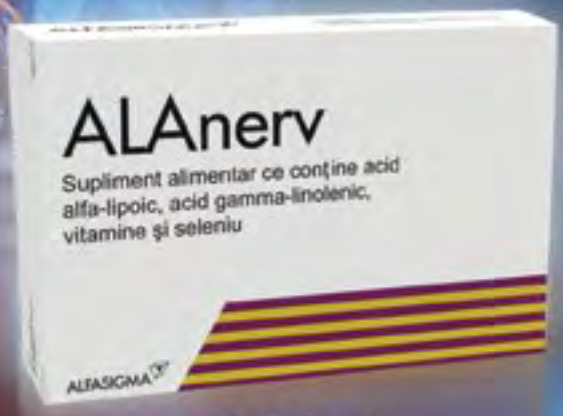
Acest material promoţional este destinat profesioniştilor din domeniul sănătăţii. Dicloreum® 150 mg capsule cu eliberare prelungită se eliberează pe bază de prescripţie medicală - P6L. Pentru informaţii suplimentare vă rugăm să consultaţi rezumatul caracteristicilor produsului complet, disponibil la cerere. Profesioniştii din domeniul sănătăţii sunt rugaţi să raporteze orice reacţie adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: Drugsafety.alfasigma@addenda.ro sau la Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale.

Alfasigma România S.R.L., Strada Ciucenu Udricani,
Nr. 18, Parter şi etajul 1, sector 3, Bucureşti,
Telefon: 031 805 35 26, Fax: 031 805 35 28,
E-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

Stinge durerea neuropată!





DURERE ACUTĂ

1 /zi

4 săptămâni

DURERE CRONICĂ

1-2 /zi

6-8 săptămâni

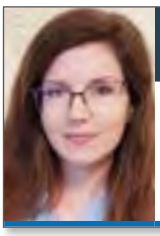
Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. ALA 600-SOD și ALAnerv sunt suplimente alimentare. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la aceste produse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

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

ALFASIGMA

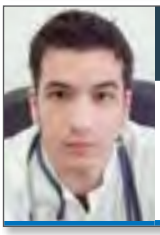
Utilitatea dermatoscopiei în practica clinică

Frecvent, pacienții cu leziuni cutanate nou-apărute sau modificate se adresează mai întâi medicului de familie, în acest context observându-se în ultimii ani o creștere dramatică a trimiterilor cu suspiciune de cancer către serviciile de specialitate [1]. Având în vedere potențialul dermatoscopiei de a îmbunătăți detectarea cancerului de piele în îngrijirea medicală primară, țări precum Australia, SUA, Canada, Italia și Olanda au implementat deja programe de formare în materie de dermatoscopie adresate medicilor de familie [2].



Dr. Carmen Elena Condrat

Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale "Dr. Victor Babeș", Secția Dermatologie, București



Șef de lucrări
Dr. Mircea Tampa

Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale "Dr. Victor Babeș", Secția Dermatologie, București
UMF "Carol Davila", București

Prof. Univ. Dr. Simona-Roxana Georgescu

Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale "Dr. Victor Babeș", Secția Dermatologie, București
UMF "Carol Davila", București

Dermatoscopia este o metodă non-invazivă ce permite evaluarea in vivo a culorilor și microstructurilor epidermului, joncțiunii dermo-epidermice și a dermului papilar, care nu sunt vizibile cu ochiul liber. Aceste structuri se corelează în mod direct cu caracteristicile histologice ale elementelor examinate. Identificarea unor tipare specifice legate de distribuția culorilor și a structurilor dermatoscopice poate oferi indicii cu privire la caracterul benign sau malign al leziunilor cutanate. Cunoscută și sub denumirea de dermoscopie, microscopie cu epiluminescență sau microscopie de suprafață, s-a dovedit că această tehnică mărește acuratețea diagnosticului clinic a neoplasmelor cutanate, unele studii evidențiind o sensibilitate pentru diagnosticul melanomului de 90% pentru dermatoscopie față de 74% în cazul examinării cu ochiul liber [3].

Examinarea dermatoscopică necesită un dermatoscop, instrument care are o sursă de lumină proprie și un sistem optic de lentile ce asigură o mărire a imaginii de 10-20x. Culorile și structurile vizibile la examinarea dermatoscopică sunt necesare pentru generarea unui diagnostic corect. În timpul examinării cu ochiul liber, o mare parte a luminii transmise către piele este reflectată în afara stratului cornos, împiedicând astfel observarea structurilor mai profunde. Dermatoscopul iluminează pielea cu sau fără utilizarea de filtre de polarizare.

Dermatoscopul care utilizează reflexia luminii nepolarizate presupune un contact direct între piele și placa transparentă de sticlă, necesitând o interfață lichidă (ex: gelul conductor pentru ultrasunete, alcool). Odată ce interfața lichidă a fost aplicată pe piele, dermatoscopul poate fi plasat deasupra leziunii și presat ușor pentru a elimina bulele de aer. Interfața lichidă împiedică reflexia luminii în afara stratului cornos și îmbunătățește refracția, permițând astfel vizualizarea structurilor aflate sub stratul cornos. Dermatoscoapele echipate cu filtre de polarizare încrucișată elimină necesitatea contactului direct cu pielea. Filtrele de polarizare înlătură strălucirea de pe suprafața pielii și cresc refracția luminii, permițând vizualizarea structurilor profunde ale pielii. Studiile au demonstrat că dermatoscopia polarizată și nepolarizată furnizează informații complementare [4]. Astfel, dermatoscopia polarizată poate avea o sensibilitate mai mare pentru detectarea cancerului de piele, bazată pe capacitatea sa de a îmbunătăți vizualizarea structurilor vasculare și cristaline, ambele fiind frecvent întâlnite în cancerul de piele[5]. Pe de altă parte, dermatoscopia nepolarizată îmbunătățește specificitatea, deoarece permite vizualizarea unor structuri frecvent întâlnite în leziunile benigne, precum chisturile milia specifice keratozelor seboreice.

Dermatoscopia digitală se referă la captarea și stocarea imaginilor dermatoscopice ale leziunilor suspecte care sunt apoi monitorizate în timp pentru a observa apariția eventualelor modificări. S-a observat că această metodă permite detectarea timpurie a melanomelor și duce la scăderea numărului de excizii inutile [6]. Cu ajutorul dermatoscopiei digitale, se poate realiza o cartografiere a tuturor nevilor și leziunilor cutanate (mole-mapping). Această metodă se aplică în primul rând persoanelor cu sindromul nevilor displazici, afecțiune caracterizată printr-un număr mare de nevi pigmentari cu modificări arhitecturale, ce asociază un risc crescut de dezvoltare a melanomului [7]. Acești pacienți necesită controale repetate pe termen nedefinit. Mole-mapping-ul mai este recomandat persoanelor cu nevi numeroși (peste 50-100), celor cu nevi localizați pe toracele posterior, care sunt dificil de urmărit de către pacienți, precum și în cazul persoanelor cu istoric personal și/sau familial de cancer de piele, mai ales melanom.

O altă ramură a dermatoscopiei este reprezentată de tricoscopie, metodă utilizată pentru diagnosticul diverselor afecțiuni ale scalpului și/sau firelor de păr, diferențierea alopeciilor și monitorizarea răspunsului la tratament.

Onicoscopia constituie un real ajutor în patologia unghială prin îmbunătățirea vizibilității anumitor caracteristici specifice, arătând rezultate promițătoare în diagnosticul diferitelor afecțiuni ale unghiilor și evitând, de asemenea, efectuarea unor investigații consumatoare timp, precum culturile și/sau biopsia.

Cu ajutorul dermatoscopiei pot fi analizate, de asemenea, leziuni cutanate inflamatorii precum psoriazisul, lichenul plan, rozaceea (inflamoscopie), dar și infecții parazitare (entomodermoscopie) pentru depistarea Sarcoptes scabiei, Demodex folliculorum ș.a.

Interpretarea structurilor dermatoscopice: algoritmul în doi pași

Algoritmul dermatoscopiei în doi pași reprezintă fundamentul evaluării derma-

toscopice a leziunilor cutanate, îndrumând medicul în procesul de diagnostic și management clinic al pacienților.

PASUL 1: diferențierea leziunile melanocitare de cele non-melanocitare

Primul pas al algoritmului este menit să ajute la diferențierea leziunilor melanocitare de leziuni non-melanocitare precum dermatofibromul, carcinomul bazocelular, keratoza seboreică și hemangiomul, prin identificarea criteriilor de diagnostic specifice acestor patologii [8].

PASUL 2: diferențierea leziunilor melanocitare benigne de melanom

A doua etapă a algoritmului este destinată evaluării leziunilor melanocitare: nevi pigmentari simpli, nevi albaștri, nevi Spitz, nevi atipici dar și melanom. În esență, cel de-al doilea pas este menit să ajute la diferențierea nevilor de melanom. Pentru a realiza acest lucru, au fost implementați numeroși algoritmi diagnostici, printre care se numără analiza structurală (pattern analysis), regula ABCDE, metoda scorului lui Menzies, lista celor 7 puncte ș.a.

Acronimul utilizat pe scară largă ABCDE (Asymmetry/asimetrie, irregular Borders/margini neregulate, multiple Colors/culori multiple, Diameter > 6 mm/diametru > 6 mm, Enlarging lesion/leziune în creștere) conține criteriile clinice primare pentru stabilirea suspiciunii de melanom malign. În stadiul incipient, melanomul este dificil de identificat, întrucât poate asocia caracteristici clinice de nev atipic. Introducerea dermatoscopiei a deschis o nouă eră în ceea ce privește examinarea leziunilor cutanate pigmentate și, mai ales, în identificarea fazei precoce a melanomului malign.

Cu toate acestea, se consideră că lista celor 3 puncte rămâne cea mai simplă metodă de învățare și utilizare a examinării dermatoscopice, având totodată cea mai mare sensibilitate pentru identificarea melanomului (8, 9). Acest algoritm este conceput ca un mijloc de screening pentru detectarea cancerului de piele, atribuindu-se câte un punct fiecăruia dintre următoarele criterii observate în leziune:

- Asimetrie în distribuția culorii și/sau structurilor dermatoscopice. Conturul leziunii nu este luat în calcul la stabilirea simetriei;
- Rețea pigmentară atipică constând din linii îngroșate și neregulate;
- Văl albastru-albicios și/sau arii albe cicatriceale și/sau puncte gri, ”în boabe de piper” [10].

Un scor total de 2 sau 3 este considerat pozitiv, iar leziunea necesită prin urmare biopsie. Având în vedere simplitatea și sensibilitatea ridicate, lista celor trei puncte poate fi ideală atât pentru clinicienii începători în dermatoscopie, cât și pentru utilizarea ca instrument de screening în mediul de îngrijire primară.

Managementul practic al leziunilor cutanate pigmentate

Algoritmii utilizați în dermatoscopie prezintă grade variate de interes, însă toți pot fi afectați de variabilitatea inter-observator. Mai mult, în ciuda sensibilității crescute, aceste clasificări se pot dovedi a fi mai puțin specifice, nepermițând deci o precizie de 100%. Astfel, deși foarte utilă pentru a detecta leziuni intraepidermice, dermatoscopia este relativ limitată în ceea ce privește leziunile nodulare sau leziunile dermice, leziunile lipsite de pigment, precum și leziunile foarte întunecate, în care cantitatea de pigment nu permite observarea indiciilor dermatoscopice.

Eficiența dermatoscopiei este strâns corelată cu examenul clinic, fiind necesară integrarea informațiilor în cadrul efortului diagnostic. Astfel, medicul trebuie să își formeze o privire de ansamblu atunci când are în vedere descoperirile dermatoscopice, indiferent de metoda utilizată. În acest sens, primii factori care trebuie urmăriți odată cu evaluarea dermatoscopică sunt următorii:

- Anamneza (istoricul personal și familial);
- Fototipul pielii;
- Istoricul anterior de arsuri solare;
- Analiza completă a întregii suprafețe a pielii (cu scopul de a identifica prezența unui nev care nu seamănă cu restul, așa-numitul semn „rățușca cea urâtă”);
- Precizarea exactă a momentului apariției (și, dacă este cazul, al modificării) leziunii examinate.

O astfel de combinație a aspectelor clinice clasice și dermatoscopice permite o mai bună clasificare a leziunilor melanocitare și, prin urmare, o reducere semnificativă a procentului de biopsii care nu sunt absolut necesare. În urma examenului dermatoscopic, medicul poate recomanda fie excizia chirurgicală a leziunii, fie urmărirea la intervale de timp stabilite.

Când se recomandă examinarea dermatoscopică?

Investigația dermatoscopică trebuie să fie realizată „de urgență” atunci când se identifică modificări ale aspectului unui nev, precum:

- asimetrie sau margini inegale;
- schimbarea formei, culorii, dimensiunii;
- culoare neomogenă;
- senzația de durere, arsură sau mâncărime;
- pierderea părului și sângerarea nevului;
- apariția fisurilor și/sau ulcerațiilor;
- extinderea nevului prin „însămânțare” și cu leziuni „satelit”;
- în caz de traumatizare.

Nu în ultimul rând, anumite persoane aflate la risc, au, de asemenea, nevoie de dermatoscopie, cum e cazul celor care au rude cu melanom și/sau alte tipuri de cancer de piele și al celor cu un număr mare de nevi pe corp (peste 50). Totodată, persoanele cu nevi situați în locuri cu impact mecanic permanent (gât, tălpi, axile, talie) necesită evaluarea dermatoscopică periodică a respectivelor formațiuni.

Bibliografie

1. Public Health England (2017) Public Health Profiles: Cancer Services. Available from: http://fingertips.phe.org.uk/profile/cancerservices/data.
2. Fee JA, McGrady FP, Rosendahl C, Hart ND. Training Primary Care Physicians in Dermoscopy for Skin Cancer Detection: a Scoping Review. Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education. 2019.
3. Vestergaard ME, Macaskill P, Holt PE, Menzies SW. Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting. The British journal of dermatology. 2008;159(3):669-76.
4. Wang SQ, Dusza SW, Scope A, Braun RP, Kopf AW, Marghoob AA. Differences in dermoscopic images from nonpolarized dermoscope and polarized dermoscope influence the diagnostic accuracy and confidence level: a pilot study. Dermatologic surgery: official publication for American Society for Dermatologic Surgery [et al]. 2008;34(10):1389-95.
5. Balagula Y, Braun RP, Rabinovitz HS, Dusza SW, Scope A, Liebman TN, et al. The significance of crystalline/chrysalis structures in the diagnosis of melanocytic and nonmelanocytic lesions. Journal of the American Academy of Dermatology. 2012;67(2):194.e1-8.
6. Salerni G, Teran T, Puig S, Malvehy J, Zalaudek I, Argenziano G, et al. Meta-analysis of digital dermoscopy follow-up of melanocytic skin lesions: a study on behalf of the International Dermoscopy Society. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV. 2013;27(7):805-14.
7. Czajkowski R, Placek W, Drewa G, Czajkowska A, Uchańska G. FAMMM Syndrome: Pathogenesis and Management. Dermatologic Surgery. 2004;30(s2):291-6.
8. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, Talamini R, Corona R, Sera F, et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the Internet. Journal of the American Academy of Dermatology. 2003;48(5):679-93.
9. Marghoob AA, Usatine RP, Jaimes N. Dermoscopy for the family physician. American family physician. 2013;88(7):441-50.
10. Soyer HP, Argenziano G, Zalaudek I, Corona R, Sera F, Talamini R, et al. Three-point checklist of dermoscopy. A new screening method for early detection of melanoma. Dermatology (Basel, Switzerland). 2004;208(1):27-31.

BioNike
HEALTH AND BEAUTY

TRIDERM
Baby & Kid

GAMĂ COMPLETĂ DE TRATAMENT ȘI ÎNGRIJIRE PENTRU PIELEA DELICATĂ A BEBELUȘILOR ȘI A COPIILOR:

- Ulei de baie calmant
- Cremă de duș
- Apă micelară
- Șampon ultradelicat
- Ulei hidratant de seară
- Loțiune pentru piele sensibilă
- Cremă protectoare cu oxid de zinc 20%

Testate pentru nichel
FARĂ
Conservanți, Parfum, Gluten

TRIDERM LENIL AG
Tratament simptomatic pentru dermatite cu risc de suprainfecție

Argint coloidal
Nu conține cortizon!

TRIDERM LENIL+
Tratament topic antiinflamator

- **Furfuril palmitat** (neutralizeaza O singlet)
- **Glicerol-Fosfoinozitol** (inhibitor al fosfolipazei A2)

Nu conține cortizon!

TRIDERM LEN OIL
Ulei antipruriginos

- Extract de Zanthoxylum Bungeanum
- Vitamina E (25%)

Nu conține cortizon!

www.medicalmagazin.ro

Distribuitor: Terra Distrimed S.R.L.
Adresă Magazin: Strada Viitorului, nr. 180, Sector 2, București.
Contact: 0744 649 289 • office@bionike.ro • office@medicalmagazin.ro

PROXERA PSOMED

BioNike HEALTH AND BEAUTY

PROXERA PSOMED 40

GEL INTENSIV EXFOLIANT

+ AHA și PHA (2%)
Ceramide (0.01%)

UREE 40%

ȘOC

PROXERA PSOMED 20

CREMĂ REECHILIBRANTĂ

+ AHA și PHA (3%)

UREE 20%

ÎNTREȚINERE

PROXERA PSOMED 30

UNGHIE

+ AHA și PHA (3%)
Glicerină (3%)

UREE 30%

UNGHIE

PROXERA PSOMED 3

ȘAMPON

+ AHA și PHA (4%)
Acid Salicilic (1%)
Ulei de șist sulfonat (1%)

UREE 3%

SCALP

Dispozitive Medicale pentru terapia de bază în **psoriazis.**

Tratament de curățare și întreținere pentru pielea xerotică.

1. Emulsie de corp
2. Cremă de duș
3. Cremă de mâini
4. Lipogel relipidizant
5. Balsam de buze
6. Strugurel de buze

Terra Distrimed SRL Str. Viitorului, nr. 180, Sector 2, Bucuresti
Tel: 0744 649 289 · office@bionike.ro · www.bionike.ro · www.medicalmagazin.ro

Astigmatismul și prezbiopia – ce sunt și cum se tratează

Mai mult de 25% din populația UE are peste 40 de ani și suferă de prezbiopie, adică scăderea acomodației cu diminuarea vederii de aproape. 23% din populație suferă de astigmatism, prevelanța acestei boli crescând odată cu vârsta. Drept urmare, peste 70% dintre pacienții cu cataractă suferă și de astigmatism, adică vedere neclară la apropiere și la distanță.[1,2,3]

Patologii asociate cataractei - Prezbiopia

Peste 25%
din populația de peste 40 de ani, din UE, suferă de prezbiopie

Prezbiopia apare odată cu înaintarea în vârstă, atunci când cristalinul natural al ochiului se întărește și își pierde flexibilitatea. Odată cu apariția prezbiopiei, s-ar putea să fie nevoie ca pacientul să țină cărțile sau revistele la o distanță egală cu lungimea brațului, ca să poată citi.

Înainte de operația de cataractă, prezbiopia se corectează, de obicei, prin recomandarea de ochelari sau lentile de contact, care ajută la vederea mai clară a obiectelor din apropiere sau de la distanță.[1]

Astigmatismul, în schimb, apare din cauza unei cornee de formă neregulată. Acest lucru duce la o vedere neclară și distorsionată indiferent de distanță.

Acum, aceste afecțiuni oftalmologice se pot corecta în timpul operației de cataractă. Dacă înainte de operație acestea se corectau cu ajutorul ochelarilor, după schimbarea cristalinului este posibilă eliminarea nevoii de a purta ochelari.

Totuși, înainte de operația de cataractă, pacientul ar trebui să discute cu medicul oftalmolog despre cum ar dori să vadă după intervenție, cu ochelari sau fără, pentru a fi sfătuit în ceea ce privește modelul de cristalin pe care-l va purta.[3]

Patologii asociate cataractei - Astigmatismul

23% din populație suferă de astigmatism. Prevalența crește cu vârsta

Peste **70%** dintre pacienții cu cataractă suferă și de astigmatism

OPȚIUNI DE CRISTALINE ARTIFICIALE[4]

Cristalinele trifocale care folosesc cea mai nouă tehnologie disponibilă

Aceste cristaline artificiale vă oferă, după operația de cataractă, o vedere bună la aproape, intermediar și distanță, potrivit stilului dumneavoastră de viață.

VEDEREA DE APROAPE

Vedere clară când faceți rebus, când citiți cărți sau când folosiți telefonul mobil.

VEDERE LA DISTANȚĂ INTERMEDIARĂ

Vedere clară pentru reparațiile prin gospodărie, gătit, folosirea calculatorului.

VEDEREA LA DEPĂRTARE

Vedere clară pentru condus, mersul pe bicicletă, pescuitul sau supravegherea nepoților.

Dintre ce tipuri de cristaline trifocale puteți alege

În prezent sunt disponibile mai multe tipuri de cristaline trifocale. În funcție de cum sunt făcute, ele oferă o vedere bună la diferite distanțe intermediare. Astfel, unele cristaline trifocale sunt făcute pentru o distanță intermediară de 80 de centimetri. Cele care folosesc ultima tehnologie disponibilă sunt pentru o distanță intermediară de 60 de centimetri. Această distanță este similară cu lungimea medie a brațului unei persoane și, de aceea, este mai firească și potrivită pentru desfășurarea activităților zilnice.

Întrebați medicul oftalmolog despre cristalinele pe care vi le recomandă dacă sunt potrivite stilului dumneavoastră de viață. În mod special, pentru a vedea clar în activitățile pe care le desfășurați de aproape până la o distanță intermediară utilă.

CRISTALINELE BIFOCALE

Cristalinele bifocale există în mai multe variante. Unele reduc nevoia de ochelari de vedere pentru aproape și pentru depărtare, dar nu pentru distanțe intermediare. Altele oferă o vedere bună, fără ochelari, pentru distanțe intermediare și mari, dar ochelarii rămân necesari pentru vederea de aproape, cum ar fi pentru citit.

CRISTALINELE PENTRU CORECȚIA ASTIGMATISMULUI

Cristalinele pentru corecția astigmatismului, care se mai numesc și cristaline torice, reduc imperfecțiunile în forma corneei, permițând razelor luminii a se focaliza pe retină. Astfel, apar mai puține distorsiuni. Deși aceste cristaline îmbunătățesc mult vederea la distanță pentru pacienții cu astigmatism, mulți dintre ei vor avea în continuare nevoie de ochelari pentru vederea de aproape.

CRISTALINELE MONOFOCALE (elementare)

Cristalinele monofocale sunt cele mai simple cristaline disponibile. Îmbunătățesc vederea la depărtare, dar majoritatea persoanelor vor avea în continuare nevoie de ochelari pentru vederea de aproape (la citit, de exemplu).

Referințe: 1. European Comission, Treatment of age-related loss of near-vision. Available at: https://ec.europa.eu/eipp/desktop/en/projects/project-8741.html, last accessed: 15.08.2018. **2.** Day AC, Dhariwal M, Keith MS, et al. Distribution of preoperative and postoperative astigmatism in a large population of patients undergoing cataract surgery in the UK. Br J Ophthalmol Epub ahead of print: [please include 21 09 2018]. doi:10.1136/bjophthalmol-2018-312025. **3**. Williams K. Prevalence of refractive error in Europe: the European Eye. Epidemiology (E3) Consortium. Eur J Epidemiol (2015) 30:305–315. **4.** meritisavezi.ro. (2020). Ce optiuni exista | meritisavezi. [online] Available at: https://meritisavezi/ce-este-cataraca [Accessed 24. 03.2020].

Ochii îţi oferă mai mult decât vedere!

www.meritisavezi.ro

Aveţi mai mult de 50 de ani?
Vă supără vederea înceţoşată ziua sau noaptea?

Afla ţi de ce **consultul oftalmologic pentru depistarea cataractei** este mai important după vârsta de 50 de ani!

Cristalinul artificial trifocal care permite vederea la aproape, intermediar şi distanţă fără ochelari.[1-8]

Intrebaţi medicul oftalmolog dacă AcrySof® IQ PanOptix® este alegerea potrivită pentru Dumneavoastră!

www.panoptix.ro

AcrySof® IQ PanOptix®
PRESBYOPIA-CORRECTING IOL

Referinţe: 1. AcrySof® IQ PanOptix® IOL Directions for Use. **2.** AcrySof® IQ PanOptix® Toric IOL Directions for Use. **3.** Garcia-Perez JL, et al. Short term visual outcomes of a new trifocal intraocular lens. BMC Ophthalmology. 2017; 17:72. **4.** Lawless M, et al. Visual and refractive outcomes following implantation of a new trifocal intraocular lens. Eye and Vision. 2017; 4:10. **5.** Gundersen KG and Potvin R. Trifocal intraocular lenses: a comparison of the visual performance and quality of vision provided by two different lens designs. Clin Ophthalmol. 2017; 11:1081-1087. **6.** Ruiz-Mesa R, et al. A comparative study of the visual outcomes between a new trifocal and an extended depth of focus intraocular lens. Eur J Ophthalmol. 2018;28(2):182-187. **7.** Monaco G, et al. Visual performance after bilateral implantation of 2 new presbyopia-correcting intraocular lenses: trifocal versus extended range of vision. J Cataract Refract Surg. 2017;43(6):737-747. **8.** Alcon Data on File. TDOC-0053542. March 10, 2017

SOCIETATEA ROMÂNĂ
DE CATARACTĂ
ȘI CHIRURGIE REFRACTIVĂ

Alcon
SEE BRILLIANTLY

Acesta este un dispozitiv medical. Citiţi cu atenţie instrucţiunile de utilizare.

Alcon Romania S.R.L.
301-311, Barbu Văcărescu Blvd.
5th Floor, 2nd District, Bucharest, Romania
T: +40 21 203 93 01 | F: +40 21 203 93 00
www.alcon.com

Neuropatia diabetică

Profesor Universitar
Dr. Gabriela Radulian

Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice „N.Paulescu" București, UMF „Carol Davila", București

Dr. Mădălin Bușe

Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice „N.Paulescu" București

Neuropatia diabetică – generalități

Neuropatiile diabetice reprezintă un grup vast de tulburări neurologice cauzate de disfuncția sistemului nervos la pacienții cu diabet zaharat. Afectarea neurologică poate fi clinică sau subclinică și poate implica atât componenta somatică a sistemului nervos periferic, cât și pe cea vegetativă[1]. Diagnosticul necesită excluderea neuropatiilor non-diabetice[2].

Pot fi clasificate astfel[3]:

1. Polineuropatii simetrice:

- Polineuropatia senzorială sau senzori-motorie
- Neuropatia autonomă
- Neuropatia simetrică proximală a membrelor inferioare

2. Neuropatii focale sau multifocale:

- Neuropatia nervilor cranieni
- Mononeuropatii afectand trunchiul sau extremitățile
- Neuropatia asimetrică proximală a membrelor inferioare

3. Forme mixte

Polineuropatia diabetică simetrică senzitivo-motorie

Este una din cele mai importante complicații ale diabetului zaharat, fiind prezentă la 30-50% din persoanele cu diabet zaharat [4]. Prezența acesteia poate influența semnificativ atât prognosticul pacienților, cât și calitatea vieții acestora prin consecințele ei: modificări ale formei piciorului, ulcerații, infectii și ulterior amputații.

Cele mai frecvente simptome sunt: senzație de arsură sau de înțepătură, parestezii, hipoestezii sau dureri profunde la nivelul piciorului. Tipic, simptomele sunt accentuate nocturn sau în repaus. Debutează distal, la nivelul membrelor inferioare, însă progresia bolii va determina extinderea proximală a simptomatologiei la nivelul membrelor inferioare, precum și, în unele cazuri, implicarea extremității distale a membrelor superioare. Este de menționat că aproximativ 50% din pacienții cu neuropatie diabetica periferica sunt asimptomatici la momentul prezentării. Din acest motiv diagnosticul se pune frecvent prin examinarea piciorului, sau când sunt deja instalate complicațiile.

Teste clinice utile [5]:

- determinarea sensibilității tactile: termice, presionale (cu monofilament de 10 g), vibratorii (cu diapazon 128 Hz);
- determinarea reflexelor proprioceptive (achiliene, rotuliene);
- evaluare forței musculare segmentare.

In conformitate cu statementul ADA din 2020, privind neuropatia diabetică simetrica distală, simptomatologia și pierderea sensibilității relevate de examinarea piciorului sunt de cele mai multe ori suficiente pentru a pune diagnosticul de neuropatie diabetică periferică. Totuși, studiul electrofiziologic sau consultul neurologic sunt necesare în anumite situații[6]:

- Tabloul clinic este unul atipic (atunci când afectarea motorie prevalează, boala progresează rapid sau semnele și simptomele sunt asimetrice);
- Diagnosticul nu este clar;
- Există o suspiciune înaltă a unei alte etiologii a neuropatiei.

Recomandări

Controlul glicemic este important îndeosebi în prevenția sau în întârzierea apariției neuropatiei diabetice, mai ales la pacienții cu diabet zaharat tip 1. În cazul diabetului zaharat tip 2, posibil din cauza hiperglicemiei asimptomatice anterior diagnosticului de diabet, rezultatele nu sunt la fel de bune în ceea ce privește prevenția, dar controlul glicemic poate încetini progresia neuropatiei[2].

Pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2 și polineuropatie simetrică distală, există recomandarea de a realiza optimizarea stilului de viață. Totuși nu există recomandări certe privind dieta în neuropatie [6]. O dietă low-fat cu suplimentare de B12 ar putea fi o soluție[7].

Reducerea stresului oxidativ celular reprezintă abordarea fiziopatologică a neuropatiei diabetice. Dintre produșii folosiți frecvent în practica clinică curentă amintim utilizarea acid alfa-lipoic sau suplimentarea cu vitamine din grupul B (B1, B6, B12). Este însă un domeniu aflat în plină dezvoltare, fiind în cercetare multiple alte terapii antioxidante[8].

Durerea neuropată poate fi adesea severă, necesitând tratament antialgic. În momentul de față, în conformitate cu ghidul ADA din 2020, Pregabalinul și Duloxetina sunt medicamentele aprobate de catre FDA, Health Canada și European Medicines Agency. Gabapentinul, medicament din aceeași clasă cu Pregabalinul este foarte eficient, dar nu este aprobat FDA. Tapentadolul (opioid), este aprobat în Canada și Statele Unite ale Americii, dar dovezile privind eficacitatea lui nu sunt consistente.

Alte opțiuni terapeutice ce ar putea fi eficiente sunt: antidepresivele triciclice, unguentul cu Capsaicină, Carbamazepina,Venlafaxina sau decomprimarea chirurgicală a nervului tibial posterior[6].

Este esențial ca pacientul cu polineuropatie diabetică simetrică senzitivo-motorie să cunoască noțiunile de educație privind îngrijirea piciorului diabetic[5].

Dacă pentru pacientul cu diabet zaharat, fără neuropatie simetrică distală, recomandările sunt de a efectua anual un examen al piciorului și de a purta o încălțăminte confortabila, instalarea neuropatiei diabetice cu pierderea sensibilității protective, precum și prezenta altor entități patologice decelate la examenul picio-

VESSEL DUE F

Produs biologic original

Redă echilibrul vascular!

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

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

ALFASIGMA

rului (fie ca este vorba de boala arteriala periferică, deformări ale piciorului, leziuni preulcerative, micoze, ulcerații, amputații anterioare) pe de o parte, impun o evaluare mai frecventă a piciorului, și pe de alta parte, pot necesita o serie de măsuri specifice de prevenire a ulcerațiilor. Poate fi necesară purtarea de încălțăminte medicală, tratarea leziunilor preulcerative, intervenții chirurgicale profilactice sau exerciții fizice specifice. Toate acestea pot fi realizate în centre dedicate îngrijirii piciorului diabetic, care pot manageria adecvat toate afecțiunile prezente [9].

Neuropatia autonomă

Neuropatia autonomă reprezintă afectarea sistemului nervos vegetativ. În funcție de sediul afectării, se poate discuta de tulburări ale sudorației, de neuropatie autonomă cardiacă, de neuropatie autonomă gastrointestinală,de neuropatie autonomă genito-urinară sau de răspunsul anormal la hipoglicemie[10].

Neuropatia autonomă cardiacă

Asociază mortalitate crescută independent de existența altor factori de risc cardiovasculari .În stadiile incipiente este adesea subdiagnosticată. Formele clinice descrise sunt[6]:

- hipotensiunea ortostatică;
- tahicardie de repaus;
- intoleranța la exercițiul fizic;
- tulburări de reglare a tensiunii arteriale pe perioada somnului;
- tahicardie/bradicardie/incompetență cronotropă în ortostatism.

Întrucât reversibilitatea neuropatiei autonome cardiace odată instalată este puțin probabilă, tratamentul este simptomatic. În cazul hipotensiunii ortostatice, un rol esențial îl joacă tratamentul non-farmacologic (hidratare adecvată, aport de sare corespunzător; încurajarea exercițiului fizic; utilizarea benzilor compresive la nivelul abdomenului și picioarelor, evitarea medicamentelor care pot agrava hipotensiunea). La pacienții care nu răspund la tratamentul non-farmacologic, ar putea fi luată în considerare introducerea Miodrine sau Droxidopa. Înainte de recomandarea oricărui tip de terapie este necesar sa excludem alte cauze de hipotensiune ortostatică[6].

Anomaliile sudorației [10]

- ale sudorației periferice (anhidroza picioarelor);
- legate de alimentație (hipersudorație în jumătatea superioară a corpului postprandial);
- nocturne (episoade nocturne de diaforeză ce pretează la diagnostic diferential cu hipoglicemia).

Nu este de neglijat că evaluarea funcției sudomotorii ar putea contribui la detecția precoce a neuropatiei cardiace[11].

Neuropatia autonomă gastrointestinală

Principalele forme sub care se prezintă neuropatia autonomă gastrointestinală sunt[6]:

- diskinezii esofagiene;
- gastropareza diabetică;
- tulburări de tranzit intestinal;
- incontinență fecală.

Gastropareza diabetică are o importanță particulară întrucât poate determina un control glicemic precar, cu tendință la hipoglicemii. Este caracterizată de întârzierea evacuarii gastrice, iar consecutiv apar sațietatea precoce, greața, inapetența, vărsăturile alimentare, meteorismul abdominal. Necesită obligatoriu excluderea altor cauze organice prin eso-gastro-duodenoscopie sau tranzit baritat[2][10].

Neuropatia autonomă genito-urinară

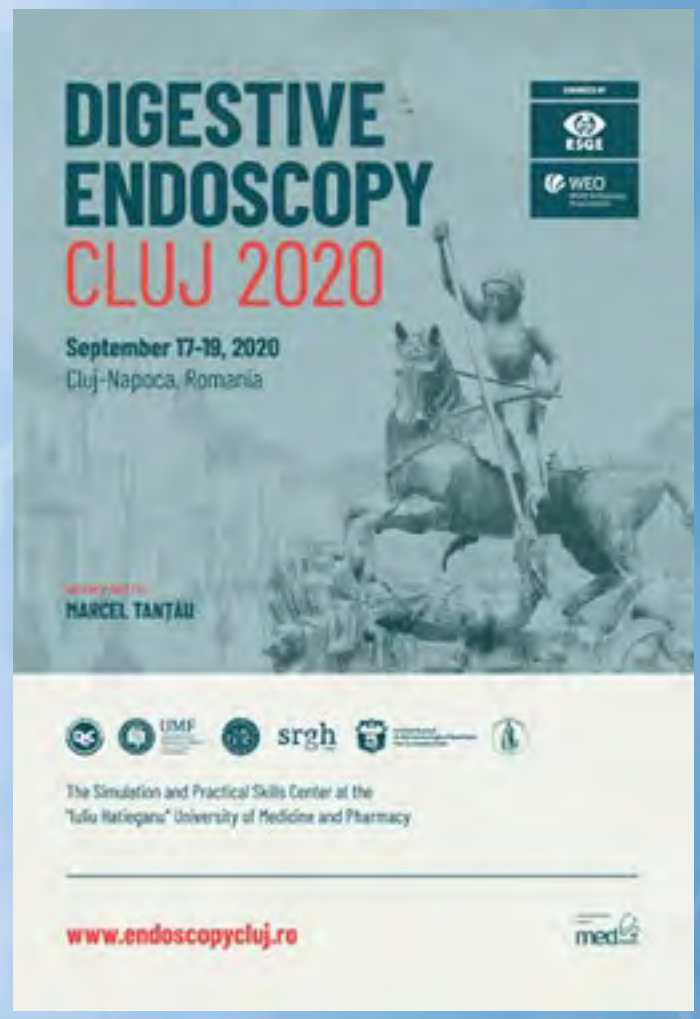
La nivelul tractului urinar, neuropatia autonomă se poate manifesta prin incontinența urinară sau prin disfuncția vezicii urinare (polakiurie, nicturie, nevoia iminentă de a urina). Investigații suplimentare sunt necesare pacienților care dezvoltă infecții recurente ale tractului urinar, celor care prezintă o vezică urinară palpabilă (după micțiune), sau celor care prezintă incontinență urinară[6].

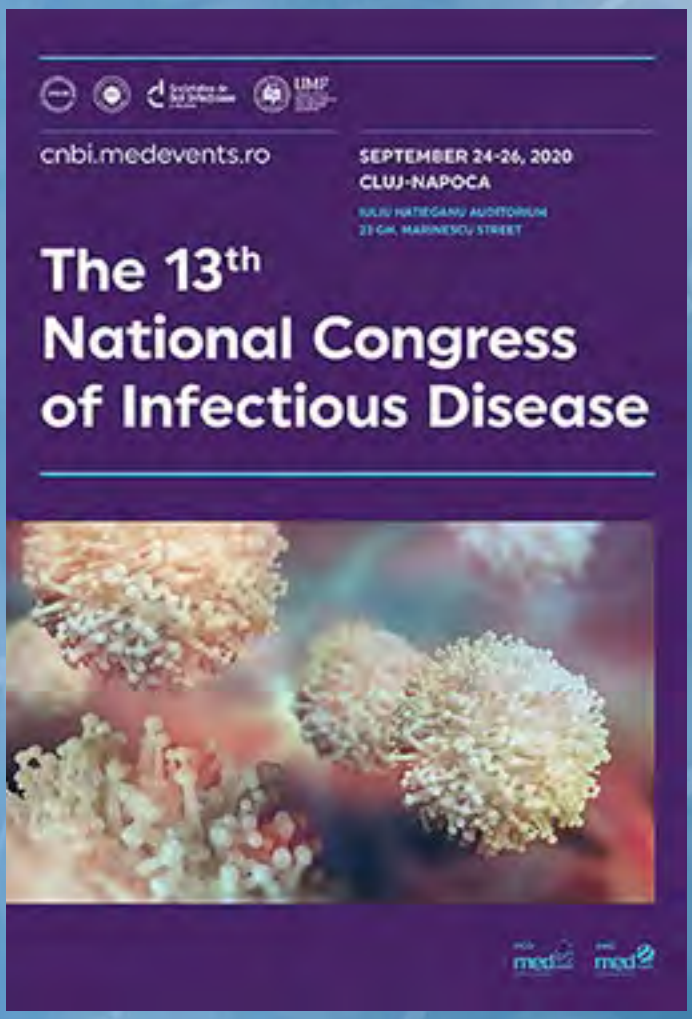
Disfuncția sexuală la bărbați poate implica disfuncție erectilă și/sau ejaculare retrogradă[2]. Interesant este ca bărbații cu disfuncție erectilă și diabet zaharat sunt diagnosticați tardiv, față de cei fără disfuncție erectilă, tinzând să își neglijeze simptomele și sa amâne ajutorul medical, pe lângă alte implicații psiho-sociale ale disfuncției erectile[12] [13]. Neuropatia autonomă poate determina și disfuncție sexuală feminină (scăderea libidoului, dispareunie, lubrifiere vaginala inadecvata, scăderea dorinței sexuale), însă în acest caz simptomele pot fi generate și de starea psihică sau de instalarea menopauzei.

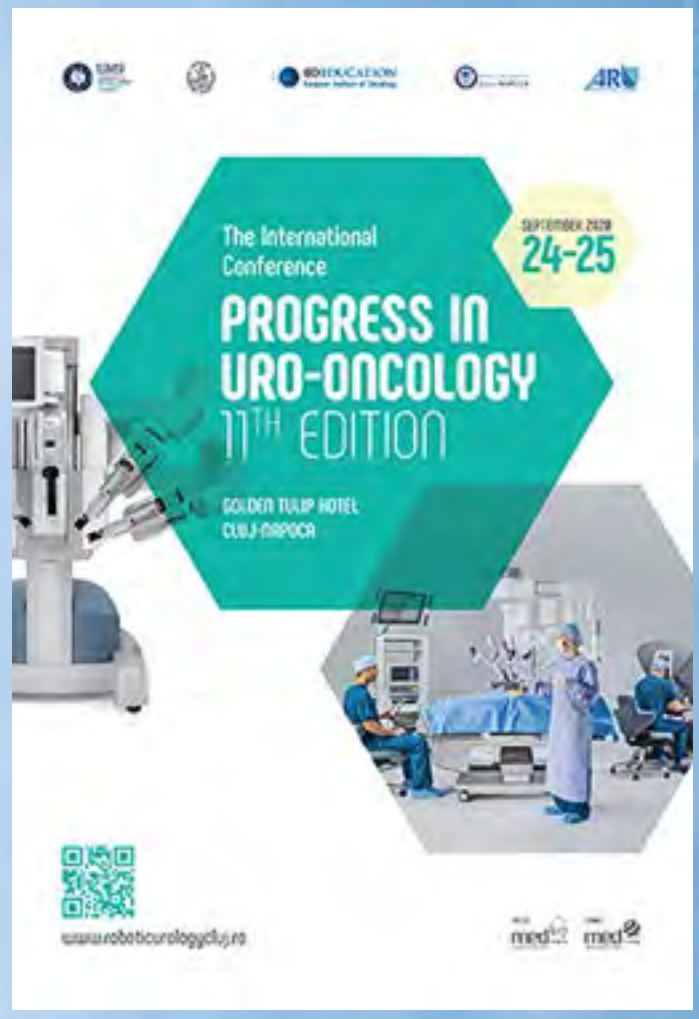
In concluzie, se poate afirma ca neuropatia diabetică cuprinde un spectru foarte larg de manifestări și uneori poate fi dificil de diagnosticat,însă tratmentul acesteia încă din fazele incipiente ar putea avea un impact pozitiv atât asupra prognosticului, prin reducerea complicațiilor, cât și asupra calității vieții.

Bibliografie

1. Kahn, R. Report and recommendations of the san antonio conference on diabetic neuropathy. Neurology 38: 1161–1165, 1988.
2. American Diabetes Association Standards of medical care în diabetes- 2019. Diabetes Care 42: S1–S193, 2019.
3. Haslbeck, M., Luft, D., Neundörfer, B., Stracke, H., Ziegler, D. Diagnosis, Treatment and Follow-up of Diabetic Neuropathy.
4. Mahfouz, H., Hashem, A., Mostafa Yasser Hamed RISK FACTORS FOR EARLY DEVELOPMENT OF POLYNEUROPATHY AMONG TYPE II DIABETIC PATIENTS. Int. J. Adv. Res.5: 1001–1006, 2017.
5. Ibrahim, A., Jude, E., Langton, K., Martinez-De Jesus, F. R. et al. IDF Foot Care Recommendation, 2017.
6. Pop-Busui, R., Boulton, A. J. M., Feldman, E. L., et al. Diabetic neuropathy: A position statement by the American diabetes association. Diabetes Care 40: 136–154, 2017.
7. Bunner, A. E., Wells, C. L., Gonzales, J., Agarwal, U., Bayat, E., Barnard, N. D. A dietary intervention for chronic diabetic neuropathy pain: A randomized controlled pilot study. Nutr. Diabetes 5, 2015.
8. Hosseini, A., Abdollahi, M. Diabetic Neuropathy and Oxidative Stress: Therapeutic Perspectives. Oxidative Medicine and Cellular Longevity. 2013.
9. IWGDF Guidelines on the Prevention and Management of Diabetic Foot Disease IWGDF Guidelines.
10. Sima Alexandra, Serban Viorel Neuropatia Diabetică. în Tratat român de boli metabolice 2; Serban, V., Ed. 2011; pp 121–143.
11. Yajnik, C. S., Kantikar, V., Pande, A., et al. Screening of cardiovascular autonomic neuropathy în patients with diabetes using non-invasive quick and simple assessment of sudomotor function. Diabetes Metab.39: 126–131, 2013.
12. Anwar, Z., Sinha, V., Mitra, S., et al. Erectile dysfunction: An underestimated presentation în patients with diabetes mellitus. Indian J. Psychol. Med.39: 600–604, 2017.
13. Raluca Radu, Gabriela Radulian Neuropatia Diabetică. în Diabetul
14. Zaharat în Practica Medicala; Gabriela Radulian Ed. Univ. „C. Davila",
15. Bucuresti,: 135-160, 2019


DIGESTIVE
ENDOSCOPY
CLUJ 2020
September 17-19, 2020
Cluj-Napoca, Romania
ESGE
WEO
MARCEL TANȚĂU
srgh
The Simulation and Practical Skills Center at the
"Iuliu Haţieganu" University of Medicine and Pharmacy
www.endoscopycluj.ro


cnbi.medevents.ro
SEPTEMBER 24-26, 2020
CLUJ-NAPOCA
The 13th
National Congress
of Infectious Disease


The International
Conference
24-25
PROGRESS IN
URO-ONCOLOGY
11TH EDITION
GOLDEN TULIP HOTEL
CLUJ-NAPOCA
www.roboticurologycluj.ro

FRDNBM
FEDERAȚIA ROMÂNĂ DE DIABET
NUTRIȚIE ȘI BOLI METABOLICE
CONGRESUL NAȚIONAL
18
04 - 06 NOIEMBRIE 2020
CLUJ-NAPOCA
GRAND HOTEL NAPOCA

INSTRUCȚIUNI ABREVIATE DE PRESCRIERE

Denumirea comercială: Fluenz Tetra spray nazal, suspensie. Vaccin gripal (viu atenuat, administrat pe cale nazală) **Compoziția calitativă și cantitativă: Fiecare doză de 0,2 ml conține** Virus gripal reasortant* (viu atenuat) aparținând următoarelor patru tulpini**: 1. A/Brisbane/02/2018 (H1N1)pdm09 - tulpină similară (A/Switzerland/3330/2017, MEDI 307134) $10^{7.0-8.0}$ UFFF***; 2. A/Kansas/14/2017 (H3N2) - tulpină similară (A/Kansas/14/2017, MEDI 308763) $10^{7.0-8.0}$ UFFF***; 3. B/Colorado/06/2017 - tulpină similară (B/Colorado/06/2017, MEDI 293454) $10^{7.0-8.0}$ UFFF***; 4. B/Phuket/3073/2013 - tulpină similară (B/Phuket/3073/2013, MEDI 254977) $10^{7.0-8.0}$ UFFF*** (*cultivat pe ouă fertilizate de găină, provenite din colectivități de găini sănătoase; ** produs în celule VERO prin tehnologie genetică care utilizează tehnici de revers transcriere. Acest medicament conține organisme modificate genetic (OMG); *** unități formatoare de focare fluorescente). Acest vaccin respectă recomandările OMS (pentru emisfera nordică) și deciziа UE pentru sezonul 2019/2020. Acest vaccin poate conține urme reziduale din următoarele substanțe: proteine din ou (de exemplu, ovalbumină) și gentamicină. Cantitatea maximă de ovalbumină este mai mică de 0,024 micrograme per doza de 0,2 ml (0,12 micrograme per ml). Alți excipienți: Sucroză; Fosfat dipotasic; Fosfat dihidrogenat de potasiu; Gelatină (porcină, de tip A); Clorhidrat de arginină; Glutamat monosodic monohidrat; Apă pentru preparate injectabile. **Forma farmaceutică:** Spray nazal, suspensie. Suspensia este incoloră până la galben pal, limpede până la opalescentă cu un pH de aproximativ 7,2. Poate prezenta mici particule albe. **Indicații terapeutice:** Profilaxia gripei la copii și adolescenți cu vârsta cuprinsă între 24 de luni și mai puțin de 18 ani. Utilizarea Fluenz Tetra trebuie să se bazeze pe recomandările oficiale. **Doze și mod de administrare:** ***Doze:*** Copii cu vârsta de 24 de luni și peste și adolescenți: 0,2 ml (câte 0,1 ml în fiecare nară). La copiii care nu au fost vaccinați anterior împotriva gripei sezoniere, trebuie administrată o a doua doză, după un interval de cel puțin 4 săptămâni. Fluenz Tetra nu trebuie utilizat la sugari și copii cu vârsta sub 24 de luni, din cauza îngrijorărilor legate de siguranță cu privire la ratele mari de spitalizare și incidențelor crescute de wheezing. ***Mod de administrare:*** Imunizarea trebuie să se efectueze prin administrare pe cale nazală. **Fluenz Tetra nu trebuie injectat.** Fluenz Tetra se administrează în doze divizate, în ambele nări. După administrarea unei jumătăți de doză într o nară, se administrează imediat sau la scurt timp după a doua jumătate de doză în cealaltă nară. Pacientul poate respira normal în timp ce vaccinul este administrat – nu este nevoie ca doza să fie inhalată activ. **Reacții adverse:** ***Rezumat al profilului de siguranță:*** Experiența privind siguranța Fluenz trivalent este relevantă pentru utilizarea Fluenz Tetra, deoarece Fluenz Tetra (vaccin gripal viu atenuat, cu administrare nazală) este identic cu Fluenz, singura diferență fiind că Fluenz conține în plus o a patra tulpină (o a doua tulpină B). Datele privind siguranța utilizării Fluenz Tetra se bazează pe datele culese din studiile clinice care au inclus 2231 de copii și adolescenți cu vârsta cuprinsă între 2 și 17 ani, din studiile clinice efectuate cu Fluenz la peste 29000 de copii și adolescenți cu vârsta cuprinsă între 2 și 17 ani și din studii privind siguranța Fluenz ulterioare autorizării care au inclus peste 84000 de copii și adolescenți cu vârsta cuprinsă între 2 și 17 ani. Date suplimentare au fost obținute după punerea pe piață a Fluenz. În studiile clinice, profilul de siguranță al Fluenz Tetra a fost similar cu profilul de siguranță al Fluenz. Cea mai frecventă reacție adversă observată în studiile clinice a fost congestia nazală/rinoreea. **Lista reacțiilor adverse:** Frecvențele reacțiilor adverse sunt raportate după cum urmează: Foarte frecvente (≥1/10); Frecvente (≥1/100 și <1/10); Mai puțin frecvente (≥1/1000 și <1/100); Rare (≥ 1/10000 și < 1/1000); Foarte rare (<1/10000); ***Tulburări ale sistemului imunitar:*** Mai puțin frecvente: reacții de hipersensibilitate (incluzând edem facial, urticarie și reacții anafilactice foarte rare). ***Tulburări metabolice și de nutriție:*** Foarte frecvente: scădere a apetitului alimentar; ***Tulburări ale sistemului nervos:*** Frecvente: cefalee. ***Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale:*** Foarte frecvente: congestie nazală/rinoree. Mai puțin frecvente: epistaxis. ***Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat:*** Mai puțin frecvente: erupție cutanată tranzitorie. ***Tulburări musculo scheletice și ale țesutului conjunctiv:*** Frecvente: mialgie. ***Tulburări generale și la nivelul locului de administrare:*** Foarte frecvente: stare generală de rău. Frecvente: febră. **Copii și adolescenți:** Într-un studiu clinic controlat cu un comparator activ (MI-CP111), la sugari și copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 11 luni a fost observată o frecvență crescută a spitalizărilor (determinate de orice cauză), într-un interval de 180 zile de la administrarea ultimei doze de vaccin (6,1% în cazul Fluenz, comparativ cu 2,6% în cazul vaccinului gripal injectabil). Majoritatea spitalizărilor au fost determinate de infecții la nivelul tractului gastrointestinal și tractului respirator care au apărut la mai mult de 6 săptămâni după vaccinare. Rata spitalizărilor nu a fost crescută în cazul subiecților cu vârsta de 12 luni și peste, cărora li s-a administrat Fluenz. În același studiu, la copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 23 de luni a fost observată o frecvență crescută a wheezing-ului, într-un interval de 42 de zile (5,9% în cazul Fluenz, comparativ cu 3,8% în cazul vaccinului gripal injectabil). Frecvența de apariție a wheezing-ului nu a fost crescută la subiecții cu vârsta de 24 de luni și peste, cărora li s-a administrat Fluenz. Utilizarea de Fluenz Tetra nu este indicată la sugari și copii cu vârsta sub 24 de luni. După punerea pe piață a vaccinului Fluenz, au fost raportate cazuri foarte rare de apariție a sindromului Guillain-Barré și de exacerbare a simptomelor sindromului Leigh (encefalomiopatie mitocondrială). **Raportarea reacțiilor adverse suspectate:** Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la: Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, Str. Aviator Sănătescu nr. 48, sector 1, București 011478- RO, Tel: + 4 0757 117 259, Fax: +4 0213 163 497, e-mail: adr@anm.ro. **Supradozaj:** Supradozajul cu Fluenz Tetra este improbabil datorită formei de prezentare a acestuia ca un pulverizator preumplut. Administrarea unei doze mai mari decât cea recomandată de Fluenz Tetra a fost raportată rar iar profilul reacțiilor adverse a fost comparabil cu cel observat la doza recomandată de Fluenz Tetra. **Deținătorul autorizației de punere pe piață**: AstraZeneca AB SE-151 85 Södertälje, Suedia. **Data revizuirii textului:** Ianuarie 2020. **Data primei autorizări:** 04 decembrie 2013. **Data ultimei reînnoiri a autorizației:** 20 Noiembrie 2018. ***Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală - PRF. Pentru informații complete de prescriere vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului. Vă rugăm să contactați reprezentanța locală a deținătorului autorizației de punere pe piață, AstraZeneca Pharma SRL, Bucharest Business Park-D, et.1, str. Menuetului nr.12, 013713, București. Tel. +40 21 317 60 41;Fax: +40 21 317 60 53, pentru orice informații referitoare la acest medicament.***

Notă: În fiecare an, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) emite recomandări privind tulpinile gripale care trebuie folosite la vaccinurile pentru sezonul gripei următor. Pentru sezonul 2019/2020, compoziția acestui vaccin va fi în linii mari cu recomandările OMS (pentru emisfera nordică) și deciziа UE pentru sezonul 2019/2020.

Acest produs se eliberează doar pe bază de prescripție medicală.
Vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului Fluenz Tetra, inclusiv informațiile pentru pacienți.
Acest material promțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.
RO-5555/02.2020

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

Fluenz Tetra
Vaccin gripal cu virus viu atenuat administrat pe cale nazală

PROTECŢIE fără INJECŢIE împotriva gripei

SINGURUL VACCIN GRIPAL CU ADMINISTRARE INTRANAZALĂ

Fluenz Tetra

Vaccin gripal cu virus viu atenuat administrat pe cale nazală

Sun Wave Pharma
Making Tomorrow Healthier
ENDOLEX®
complex
SUPLIMENT ALIMENTAR
30 COMPRIMATE FILMATE
STANDARDUL DE AUR ÎN CIRCULAȚIA VENOASĂ
WWW.SUNWAVEPHARMA.COM
Acesta este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul/informațiile de pe ambalaj. Acest material este dedicat profesioniștilor din domeniu