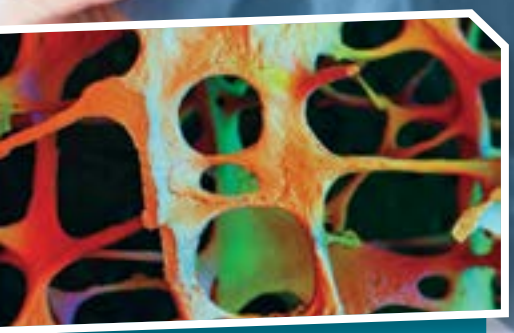
LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL
ARTRO EFERVESCENT
MEDA
Doppelherz®

Reumatologie
MEDICAL MARKET 2013

Evaluarea ecografică a calcificărilor intratendinoase 6



Osteoporoza masculină 14

Scintigrafia osoasă și rolul ei în reumatologie 24

MTI Dedicated to health
DANSON MEDICINE · SCIENCE · EDUCATION 20 ANI
Descoperiți secretul vitalității naturale
LYSI
Ulei de pește pur islandez
STAR international med
HRI-Vitalion

Idéos® Sinergie optimă

Calciu/Vitamina D_3 500mg/400IU

HAS* recomandă corectarea deficienţei de calciu-vitamina D înainte de a institui tratamentul medicamentos al osteoporozei

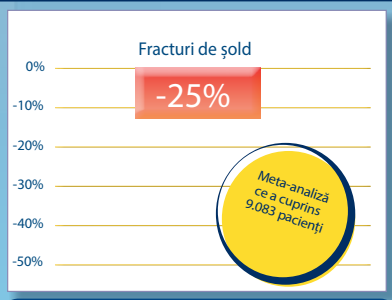
Posologie : 1 comprimat de două ori pe zi

- Este medicamentul original ce conţine combinaţia optimă de Calciu şi Vitamina D3 (1 comprimat de două ori pe zi) cu studii proprii privind eficienţa şi tolerabilitatea;
- Se eliberează cu prescripţie medicală şi conţine combinaţia de 500 mg Calciu şi 400 UI Vitamina D3/pe 1 tabletă masticabilă;
- Forma farmaceutică este de comprimate masticabile; Comprimatele masticabile s-au dovedit a fi cele mai acceptate de pacienţi;
- Recomandabil şi la: diabetici, pacienţii cu hipertensiune arterială;
- Ideos® a fost denumit în Marea Britanie brandul de elecţie dintre preparatele care conţin combinaţii de Calciu şi Vitamina D3.

Acest material promoţional este destinat profesioniştilor în domeniul sănătăţii. Acest produs se eliberează doar pe baza prescripţiei medicale P-RF. Pentru informaţii complete de prescriere, consultaţi Rezumatul Caracteristicilor Produsului.

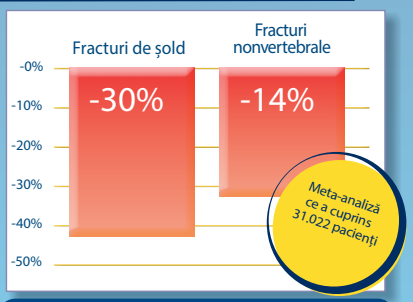
Evidenţe Clinice *(1000 mg Calciu + 800 UI Vitamina D3)*

Administrarea de vitamina D3 în doza de 800 UI/zi împreună cu administrarea de calciu



• riscul de fracturi de şold se reduce cu peste 25% atunci când se administrează vitamina D3 în doza de 800 UI/zi împreună cu calciu.

Sinergie optimă 1000 mg Calciu / 800 UI vitamina D3/zi

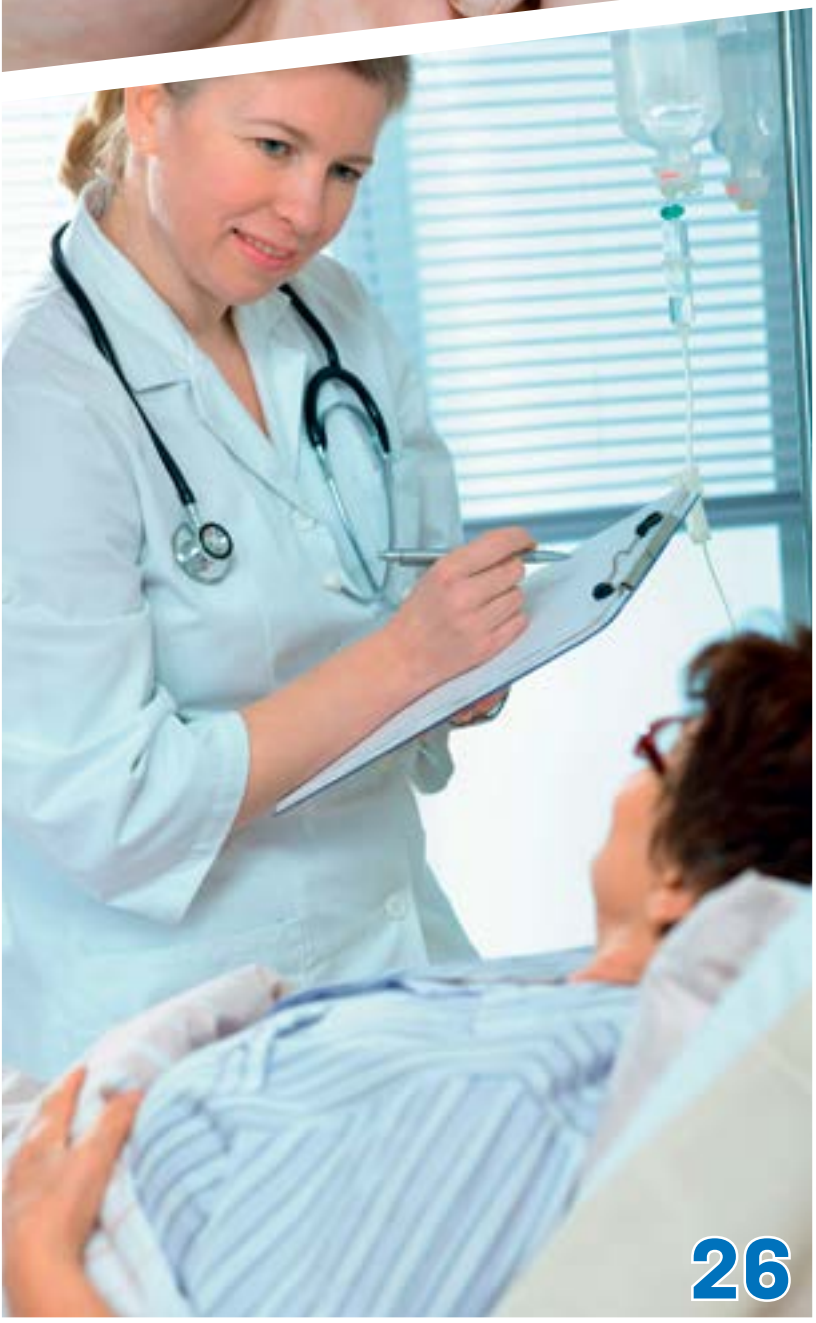


• doza optimă de calciu şi vitamina D3: 1000 mg Ca + 800 IU vitamina D3/zi - *este mai benefică în reducerea riscului de fracturi în raport cu alte doze şi scheme de tratament.*

Ultimele evidenţe subliniază importanţa administrării de Calciu şi Vitamina D3:
• *ca terapie adjuvantă pentru osteoporoză.*
• *în doza optimă de 1000 mg Calciu + 800 UI Vitamina D3/zi, deoarece reduce riscul de fracturi de şold şi alte fracturi non-vertebrale, între 25-30%, comparativ cu alte doze şi scheme de tratament.*

*HAS - Haute Autorité de Santé (Autoritatea de Sănătate Franceză)

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL
Reprezentanţa pentru România
Piaţa Charles de Gaulle, Nr. 2. Etaj 2.
Sector 1, Bucureşti
Tel.: 00 21 230 20 44 Fax: 00 21 230 20 47
Email: innotech.romania@innothera.com



4 Condrocalcinoza

6 Evaluarea ecografică a calcificărilor intratendinoase în timpul terapiei cu unde de șoc

10 Opreste-te la prima fractură

12 Artrita acută gutoasă

14 Osteoporoza masculină

15 Managementul terapeutic al osteoporozei începe cu Ideos®

18 Anticorpii anti-CCP în poliartrita reumatoidă

20 Omega-3 + Glucosamine & Chondroitin & Vitamina C: combinația câștigătoare!

22 Boala Raynaud și fenomenul Raynaud

24 Scintigrafia osoasă - rolul ei în reumatologie

26 Ce trebuie să știm despre fibromialgie?

28 Profilaxia și recuperarea în tulburările funcționale

29 Dieta pentru prevenirea osteoporozei

30 Artrtita gonococică

EDITOR FIN WATCH
Aleea Negru Vodă nr.6, bl. C3, sc. 3, parter, 030775, sector 3, București
Tel: 021.321.61.23
Fax: 021.321.61.30
redactie@finwatch.ro
P.O. Box 4-124, 030775
ISSN 2285 - 6498

Condrocalcinoza

Bolile articulare afectează sever calitatea vieții prin manifestările dureroase, ce pot merge până la impotența functională a articulației vizate.

Condrocalcinoza se referă la o afecţiune articulară care se manifestă prin depunerea pirofosfatului de calciu, de obicei la nivelul articulaţiilor genunchiului. Ea este asociată unei disfuncţii metabolice moştenite genetic, care duce la precipitarea acestui compus la nivelul ţesutului conjunctiv.

Condrocalcinoza poate afecta mai multe articulaţii, dar debutul se face la una singură, determinând inflamaţie şi durere.

Factorii de risc asociați condrocalcinozei sunt:

- hemocromatoza;
- hipofosfatemia;
- osteodistofia renală;
- hiperparatiroidismul;
- boala Wilson;
- osteocondrita;
- hipotiroidism ;
- hipomagnezemia primară.

Leziunea primară din condrocalcinoză se produce la nivel de condrocit, celulă a ţesutului conjunctiv şi la nivelul matricei care înconjoară această celulă. Depozitarea cristalelor de pirofosfat de calciu induce o serie de modificări enzimatice, cu declanşarea inflamaţiei. Concomitent, au loc ruperi ale fibrelor de colagen.

Simptome

Principalele simptome ale condrocalcinozei sunt:

- tumefacţie articulară;
- rigiditate articulară cu limitarea mişcărilor;
- durere articulară;
- căldură locală şi roşeaţă.

Cea mai frecventă localizare este la nivelul genunchiului. Pot exista însă şi alte localizări cum ar fi:

- umărul;
- cotul;
- glezna;
- prima articulaţie metacarpofalangiană.

Factorul declanşator al condrocalcinozei poate fi o condiţie medicală sau o traumă fizică.

O formă particulară este cea cu agregare familială în care:

- debutul este precoce, la o vârstă tânără;
- evoluţia este rapidă şi mai agresivă;
- prognosticul este rezervat;
- există mai multe cazuri de condrocalcinoză în familie.

Diagnostic

susţinut prin:

1.Examen clinic şi anamneză

2.Examene de laborator:

- analizele sângelui ce arată un VSH crescut şi o leucocitoză;
- evaluarea endocrină;
- dozarea calciului, fosforului, magneziului;
- examinarea lichidului sinovial.

3.Examene imagistice:

- radiografia articulaţiei incriminate;
- tomografia computerizată.

Tratament

Condrocalcinoza beneficiază de mai multe direcţii terapeutice în funcţie de severitatea ei.

1.Tratamentul medicamentos al condrocalcinozei:

- se administrează antiinflamatorii nesteroidiene;
- o variantă ar fi şi colchicina;
- se pot injecta intraarticular corticosteroizi;
- introducerea EDTA în tratamentul medicamentos;
- metotrexatul şi-a dovedit eficacitatea în cazurile severe şi în distrucţia articulară;
- anakira este o altă opţiune.

2.Ultrasonografia pulsată are ca efect reducerea durerii.

3.Tratamentul chirurgical:

- prin artroscopie se realizează debridarea depozitelor de pirofosfat de calciu;
- este rezervată cazurilor care nu răspund la celelalte metode terapeutice;
- condroplastia, osteotomia şi reînlocuirea parţială sau totală a articulaţiei afectate

Condrocalcinoza este o afecţiune grea, care duce la dureri articulare importante şi la imobilizare, cu impact sever asupra întregii activităţi.

Dr. Iulia Constantin

Rantudil® forte

acemetacină

CÂND DUREREA PREDOMINĂ:

- **Efect antiinflamator puternic (comparabil cu celecoxib)[1]**
- **Reduce rapid și eficient simptomele[2,3,4,5]**
- **Tolerabilitate gastrointestinală mai bună decât alte AINS[6,7,8]**

Efect rapid în cazul durerilor acute

DOZAJ: 1 - 3 capsule/zi (60-180 mg), în funcție de severitatea simptomelor

PUTERNIC ca un leu, BLÂND ca un miel

Referințe: 1. Leeb B, Bucsi L, Keszthelyi B et al. (2003) Acemetacin and Celecoxib are Equally Effective and Tolerated in the Short Term Treatment of Osteoarthritis of the Knee Joint. Poster Presentation: ACR/ARHP 67th Annual Scientific Meeting Orlando, Florida. **2.** Jacobi H, Brüker F, Dell H-D (1983) Die antiphlogistische Wirkung von Acemetacin. Arzneim-Forsch/Drug Res 30: 1326/1347. **3.** Jacobi H, Dell H-D (1983) Zur Pharmakodynamik von Acemetacin. Arzneim-Forsch/Drug Res 30: 1348/1362. **4.** Segmeth W, Brüll H, Schnagl F (1984) Acemetacin in der Behandlung schmerzhafter Arthrosen. Ergebnisse einer offenen Kurzzeitstudie über den Zeitpunkt des analgetischen Wirkungseintritts und dessen Dauer. Wien Med Wochenschr 134: 526/528. **5.** Segura GB, Torres y Gutierrez R, Herrera LE (2002) Efficacy and Tolerability of Acemetacin, a Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug, in Mexican Patients: Results of the ETAPAM Study. Proc West Pharmacol Soc 45: 104/107. **6.** De la Camp R. Endoskopische Befunde bei Patienten unter chronischer Gabe nichtsteroidaler Antirheumatika. Sonderdruck aus: Nichtsteroidale Antirheumatika und Gastrointestinaltrakt. Experten-Gespräch. Heidelberg, 24. Januar 1987. Schattauer, Stuttgart-New York 1987, 91-100. **7.** Müller P, Dammann H-G, Simon B (1986) Gastroduodenale Verträglichkeit von Indometacin und Acemetacin. Eine endoskopische Vergleichsstudie bei gesunden Probanden. Arzneim-Forsch/Drug Res 36: 269/270. **8.** Rechziegler H. Vor- und Nachteile alter und neuer NSAIDs. In: Moderne Antirheumatika-Ihre Stellung in einem Gesamttherapiekonzept unter Berücksichtigung der Multimorbidität. Mehlke K (Hrsg.), pm Verlag, Frankfurt, 48-57, 1989.

Rantudil se eliberează pe bază de prescripție medicală. Înainte de a prescrie Rantudil, vă rugăm consultați rezumatul caracteristicilor produsului, disponibil la cerere. Acest material promoțional este destinat exclusiv profesioniștilor din domeniul medical.

MEDA

Cod RO-RAN-AD-1/JUN/2013.

Evaluarea ecografică a calcificărilor intratendinoase în timpul terapiei cu unde de șoc

Dr. Simona Popescu
Medic specialist Reumatolog,
Specialist Recuperare,
Medicină Fizică și Balneologie
Centrul Medical Doctor Luca, Pitești

Umărul este o articulație aparte a organismului uman caracterizată prin cel mai mare grad de mobilitate. Drept consecință, este și cea mai instabilă dintre articulații, acest fapt având consecințe nefaste în cazul unei solicitări excesive sau repetate. Umărul dureros reprezintă una dintre cele mai frecvente cauze de adresabilitate în cadrul ambulatorului de reumatologie. Medicul trebuie să facă un diagnostic diferențial clinic între o durere intrinsecă , dată de o afectare articulară sau periarticulară , și una extrinsecă având drept punct de plecare coloana cervicală sau viscerele toracice.

Odată stabilită cauza durerii ca fiind una articulară sau periarticulară, avem nevoie de câteva investigații paraclinice pentru completarea diagnosticului.

Termenul vechi de periartrită scapulohumerală este preferabil a fi evitat, sau, eventual, poate fi folosit ca și diagnostic de etapă, până în momentul în care investigațiile paraclinice ne conduc către un diagnostic exact care să includă structura afectată și tipul afecțiunii.

Structurile anatomice care alcătuiesc umărul sunt reprezentate de articulații, tendoane, ligamente și burse. Avem așadar articulația glenohumerală, acromioclaviculară, tendonul capului lung al bicepsului brahial și manșonul rotatorilor care cuprinde tendonul mușchiului subscapular, tendonul mușchiului supraspinos, tendonul infraspinosului și rotundului mic. Bursele reprezintă prelungiri ale cavității sinoviale glenohumerale, cu rol esențial în mișcare, prin evitarea fricțiunilor între tendoane și facilitarea alunecării normale a acestora. Cea mai importantă din punct de vedere practic este bursa subacromială care se prelungește cu cea subdeltoidiană și care separă acromionul și tendonul deltoidului de manșonul rotatorilor.

Cele mai frecvente cauze ale durerilor de umăr sunt reprezentate de afecțiuni ale manșonului rotatorilor. Ele sunt date, în cazul tinerilor, de solicitarea excesivă a unei articulații sănătoase, ceea ce duce la fisuri sau rupturi de tendoane, sau, la persoanele de peste 40 ani, de solicitările mici și repetate ale unor structuri degenerate, uzate, care conduc la tendinite acute sau cronice, rupturi parțiale sau totale de tendoane acompaniate sau nu de bursite.

Radiografia

Dintre investigațiile paraclinice radiografia ne ajută cel mai puțin.Cu ajutorul ei putem decela eventuale calcificări periarticulare (doar dacă sunt suficient de mari și doar dacă filmul are o calitate satisfăcătoare), fără însă a ști cu exctitate sediul calcificărilor și fără a ști dacă este sau nu însoțită de o ruptură de tendon.

Rezonanța magnetică

Este o explorare noninvazivă, noniradiantă, cu foarte mare sensibilitate diagnostică, dar are două mari dezavantaje: este costisitoare și consumatoare de timp, repetabilitatea fiind limitată.

Ecografia musculoscheletală

Este cea mai la îndemână metodă de diagnostic din cabinetul reumatologului. Explorarea necesită timp puțin, este noninvazivă, nu utilizează raze x și o putem repeta de câte ori este nevoie. În plus, cu ajutorul ecografiei putem avea un diagnostic precis. Se pot diagnostica astfel tendinite, rupturi parțiale sau totale de tendoane, bursite, sindromul de impingement coracoacromial, osteofitele de la nivelul articulației acromioclaviculare. Se poate face diagnostic diferențial între o calcificare veche de tendon, care are con de umbră posterior și una de dată recentă căreia îi lipsește conul de umbră.

Calcificările de la nivelul manșonului rotatorilor reprezintă cea mai frecventă cauză de durere și impotenta funcțională a umărului, iar tendonul cel mai afectat este

cel al supraspinosului. Există mai multe teorii care încearcă să explice acest fapt, cea mai plauzibilă ar fi o mai slabă vascularizaţie la nivelul inserţiei acestui tendon pe capul humeral.

Există trei faze ale acestui proces:

- fibroblastică, de creştere a acestor calcificări
- staţionară
- de resorbţie a calcificărilor.

Ultima fază este cea dureroasă din cauza inflamaţiei care însoţeşte procesul de resorbţie.

Odată stabilit diagnosticul de tendinită calcifiantă de supraspinos, atitudinea terapeutică îi aparţine fiecărui medic.

Se poate opta pentru tratament antialgic şi antiinflamator sistemic, asociat sau nu cu proceduri clasice de fizioterapie. Se poate utiliza antiinflamator nonsteroidian sau corticoid, în funcţie de intensitatea durerii sau de eventuale contraindicaţii terapeutice. Eficienţa acestor măsuri este însă limitată.

În cazul în care durerea nu cedează şi mobilitatea articulară nu se îmbunătăţeşte, se poate recurge la infiltraţii locale cu corticosteroizi. În acest caz, ecografia ne este din nou de ajutor, pentru că infiltraţia este contraindicată în cazul în care calcificarea este însotită de ruptura parţială sau totală de tendon. În plus putem ghida infiltraţia cu ajutorul ecografului.

Terapia cu unde de şoc

O metodă de tratament relativ nouă, cu puţine contraindicaţii şi cu eficienţă maximă, este reprezentată de terapia cu unde de şoc (ESWT-Extracorporeal shockwave therapy).

Undele de şoc sunt reprezentate de unde acustice caracteriazate printr-un vârf foarte mare de amplitudine care le deosebeşte astfel de ultrasunete. În plus, ultrasunetul este reprezentat de o oscilaţie periodică, în timp ce unda de şoc este caracterizată de un singur puls. Termenul de shockwave se referă la proprietatea acestui puls mecanic de a se propaga ca un val în interiorul corpului uman. În 1980 acest principiu a fost utilizat pentru prima dată pentru a sparge calculii renali.

De-a lungul timpului s-a observat că metoda are și alte efecte benefice ,respectiv efect antialgic intens și de durată, de dizolvare a fibroblastilor calcificaţi și de regenerare tisulară prin creșterea producţiei de colagen. Cu ajutorul acestei terapii calcificările sunt aduse la o consistenţă asemanatoare pastei de dinţi, calciul urmând apoi să fie resorbit și drenat de către sistemul limfatic .Undele acustice au un efect de microrupturi ale capilarelor din interiorul tendoanelor cauzând astfel un aflux de citokine antiinflamatoare și factori de creștere tisulară care stimulează neovascularizaţia și crește producţia de colagen. Astfel fibrele nou formate în interiorul tendonului vor fi mai rezistente și mai puternice.

Cele mai frecvente indicaţii de terapie prin unde de șoc sunt reprezentate de tendinitele manșonului rotatorilor, tendinite patelare și cvadricipitale epicondilite laterale și mediale, tendinite Achileene, fasciite plantare și osteofite calcaneene, dar și punctele trigger dureroase.

În calcificările manșonului rotatorilor sunt suficiente între 3 și 5 ședinţe de unde de șoc combinate obligatoriu cu kinetoterapie pentru reluarea mobilităţii normale a articulaţiei și pentru tonifierea musculaturii stabilizatoare a umărului. Sunt și câteva contraindicaţii de care trebuie să ţinem seama. Una dintre ele este reprezentată de asocierea calcificărilor cu o ruptură parţială sau totală de tendon. Ecografia prealabilă ne ajută la diagnosticarea unor rupturi parţiale de tendon. În acest caz nu vom face terapie cu unde de șoc pentru că riscăm să rupem tendonul, ca și în cazul efectuării infiltraţiilor. Asocierea unei bursite subdeltoidiene contraindică utilizarea acestei terapii. Dacă pacientul ia tratament anticoagulant oral, nu vom face unde de șoc pentru că riscăm să îi producem un hematom important.

Terapia cu unde de șoc nu se va asocia cu medicaţie antiinflamatoare pentru că astfel contracarăm efectul terapiei și îi scădem eficienţa.

Dacă ţinem seama de aceste atenţionări și, mai ales, dacă ghidăm terapia cu ajutorul ecografului, rezultatele vor fi foarte bune și cuantificabile.

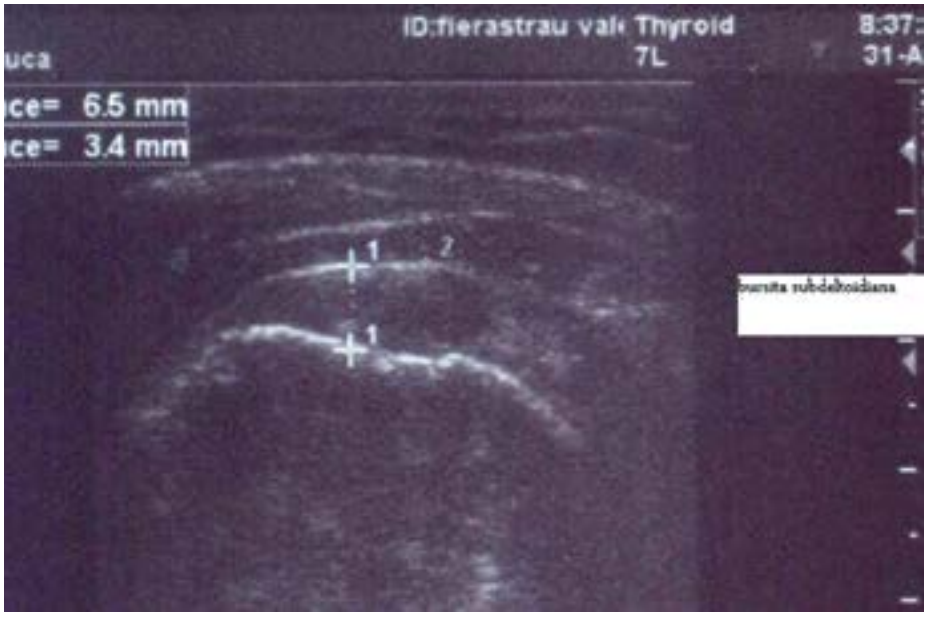
Dacă asociem și kinetoterapia concomitent cu efectuarea undelor de șoc, efectul este aditiv .

După o săptămână sau două de la terminarea ședintelor de unde de șoc se va efectua o ecografie de control care se va compara cu cea iniţială. De obicei calcificările milimetrice se resorb complet, cele mari, de ordinul centimetrilor scad în dimensiuni sau se fragmentează. Nu există studii privind repetabilitatea metodei. În aceste cazuri experienţa personală primează.

Reacţiile adverse ale metodei practic nu există, în afara unei mici echimoze la locul aplicaţiei și a durerii din timpul procedurii. Scăpăm astfel de reacţiile adverse sistemice notabile ale medicaţiei antiinflamatoare și de contraindicaţiile acestora, iar eficienţa terapiei este indiscutabilă.

Intervenţia chirurgicală artroscopică sau clasică rămâne rezervată rupturilor de tendoane, mai ales în cazul tinerilor, atunci când ruptura survine din cauza unui traumatism la nivelul unui tendon integru. In cazul vârstnicilor cu tendoane degenerate succesul intervenţiei e mic. În cazul sindromului de impingement coracoacromial, atunci când kinetoterapia singură nu rezolvă problema, se poate practica o mică rezecţie osoasă la nivelul acromionului, în acest fel rezolvându-se problema mecanică locală.

În concluzie, patologia manșonului rotatorilor se poate trata cu succes cu ajutorul terapiei cu unde de șoc, cu condiția unei diagnosticări ecografice corecte și a unei monitorizări ulterioare atât clinice cât și ecografice.



DANSON

OFERĂ APARATE PENTRU FIZIOTERAPIE

Combine portabile
POLYTER 6,10

ELECTROTERAPIE
- 2 canale, 14 forme de undă
- frecvența 10-25-50 Hz

MAGNETOTERAPIE
- 1 ieșire ,100 Gauss

ULTRASUNETE (POLYTER 10)
- 1 ieșire,1MHz mod continuu

LASER (POLYTER 10)
- 1 ieșire, 905 nm

Generator microunde
RT250 Digit

- moduri de lucru: pulsat și continuu
- timp de tratament: 1-30 min.
- puterea max. 1.600 W
- 50 indicații de tratament
- 100 protocoale de lucru
- autotest de funcționare
- zgomot de ventilator foarte mic

Combină tratament
ENDOTERMIC HT 1342

- Touch screen color display: 6”
- 1 ieșire mod capacitiv
- 1 ieșire mod resistiv
- Protocoale memorate 2
- Frecvența:455 Khz
- Putere variabilă max.200watt

Electroterapie
THERAPIC 7200,9200,9400

- 21-26 forme de undă (joasă și medie frecventă)
- 2-4 canale complet independente
- Touch&scroll display color
- curbă I/T pentru compararea valorilor la începutul și sfârșitul terapiei
- posibilitatea conectării cu VACUUM
- testarea electrozilor
- CARD pentru memorare protocoale

Magnetoterapie
MAGNETOMED 7200,8200,8400

- 2-4 canale independente sau în paralel
- Color display cu Touch&scroll
- 100 protocole de tratament
- 100 Gauss/canal ajustabil
- câmpul magnetic este concentrat în interior,fără afectarea operatorului

Ultrasunete
ULTRASONIC 1300,1500,2500

- 1-2 canale independente
- sonde de 1/3 Mhz ,0-3W/cm2
- senzor de contact
- mod tratament subacval
- color display Touch&scroll
- autocalibrarea sondelor
- CARD pentru memorare protocoale

Str.Aurel Vlaicu nr.39, sector 2, 020092 BUCUREȘTI

Tel: 021-212.49.09 • Fax: 021-211.65.15 • Mobil: 0722.207.608

www.danson.ro • e-mail: office@danson.ro

“Opreşte-te la prima fractură! Acţionează ca prima ta fractură să fie şi ultima!”

Acesta a fost sloganul adoptat anul trecut de Fundaţia Internaţională de Osteoporoză pentru Ziua Mondială a Osteoporozei, ce a avut loc, ca în fiecare an, pe 20 octombrie.

Cele 3 mesaje principale ale campaniei, ce a avut drept obiectiv declarat prevenirea secundară a fracturilor, au fost:

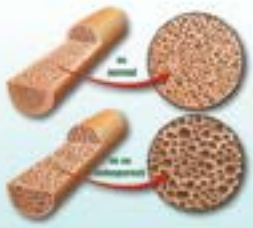
1) Recunoaşterea faptului că fracturile de fragilitate nu sunt accidentale, cauza cea mai frecventă fiind reprezentată de osteoporoză;
2) Fracturile reprezintă semnale de alarmă: o fractură atrage apariţia altora. O persoană ce a suferit o fractură osteoporotică şi nu primeşte tratament adecvat are un risc de 2 ori mai mare de a dezvolta o altă fractură; iar jumătate din cei care au avut o primă fractură vor prezenta o alta, riscul crescând exponenţial după fiecare nouă fractură;
3) Dacă ai peste 50 ani şi ai avut o fractură, trebuie să ceri medicului o evaluare clinică ce va include obligatoriu măsurarea densităţii minerale osoase (prin densitometrie cu raze X: DXA) şi evaluarea FRAX a riscului de fractură. Pe baza lor medicul va face recomandări pentru reducerea riscului de noi fracturi.

Dacă osteoporoza este diagnosticată cu certitudine, există opţiuni terapeutice eficiente care reduc semnificativ riscul de fracturi atât vertebrale, cât şi non-vertebrale, inclusiv de şold. Acţiunea acestora este completată de măsuri simple ce influenţează factorii de risc major pentru instalarea osteoporozei: deficitul de vitamina D şi calciu precum şi lipsa de activitate fizică. Importanţa acestora a fost de altfel subliniată în campania din 2012 a Zilei Mondiale a Osteoporozei: “3 paşi către oase puternice: vitamina D, calciul şi exerciţiul fizic”.

Recent au apărut date care susţin acţiunea unei alte vitamine, numită K_2-MK7 (o formă înalt bio-disponibilă şi bio-activă de vitamina K), care intervine complementar altor terapii antiosteoporotice (inclusiv bifosfonaţi) şi determină scăderea pierderii osoase din postmenopauză, creşterea densităţii minerale osoase şi implicit reducerea riscului de fracturi. Efectul vitaminei K_2-MK7 asupra osului, inclusiv cel de păstrare al microarhitectonicii osoase, se explică printr-un mecanism dual ce implică pe de o parte activarea directă a osteocalcinei printr-un proces de gama-carboxilare (osteocalcina activată fiind indispensabilă depunerii de calciu în oase sub formă de hidroxiapatită), iar pe de altă parte printr-un proces de semnalizare genică ce implică activarea receptorilor nucleari SXR (cu rol în stimularea osteoblastogenezei şi inhibiţia osteoclastogenezei prin intermediul sistemului RANKL / osteoprotegerină). Pe lângă aceste efecte scheletice, vitamina K_2-MK7 exercită efecte terapeutice extra-scheletice, în principal cardio-vasculare (cu influenţarea pozitivă a proceselor de ateromatoză şi reducerea semnificativă a mortalităţii cardio-vasculare) şi metabolice (diabet zaharat, boli renale sau hepatice), efecte extrem de utile la pacienţii cu osteoporoză ce asociază frecvente comorbidităţi.

Dr. Cătălin CODREANU
Medic primar reumatolog, doctor în ştiinţe medicale,
Centrul de Boli Reumatismale Bucureşti

MK7 Vitamina K_2 naturală
BONEXIO
Pentru reconstrucţia corectă a oaselor



Respectă conceptul de calitate osoasă: funcţionalitatea şi arhitectura

BONEXIO este o combinaţie unică şi modernă de substanţe active, care funcţionează diferit şi totodată complementar faţă de celelalte tratamente pentru osteoporoză, deoarece are un mecanism dual de acţiune, prin intermediul **vitaminei K_2 / MK7** - ultima descoperire în materie de vitamine, fundamentată în mod ştiinţific prin studii medicale ca fiind esenţială pentru matricea osoasă şi sistemul cardiovascular.

Vitamina K_2 naturală, sub forma ei MK7 (denumită ştiinţific şi menachinona 7), principalul diferenţator al BONEXIO, are rol de modulator al calciului, menţinând arhitectura fiziologică a oaselor şi structura trabeculelor, deoarece activează într-un mod natural osteoblastele, osteocalcina şi proteina matrice osoasă Gla.	45 µg (100% DZR)
Calciul are rol binecunoscut în creşterea şi dezvoltarea oaselor.	200 mg (25% DZR)
Vitamina D_3 creşte biodisponibilitatea şi absorţia calciului şi fosforului şi participă la reglarea secreţiei de parathormon, responsabil de mobilizarea calciului în oase.	5 µg (100% DZR)

Gama Artro Efervescent

Condroprotecţie maximă prin combinaţia unică efervescentă şi concentrată de factori de protecţie articulară, necesari în abordarea terapeutică a osteoartritei, cea mai răspândită afecţiune degenerativă a articulaţiilor.

healthadvisors

Gama ARTRO EFERVESCENT conţine două produse complexe, cu absorbţie rapidă pentru abordarea terapeutică a osteoartritei

- **Este o combinaţie unică şi modernă** între cele mai importante principii necesare sistemului osteoarticular. Complexul ARTRO (glucozamină, condroitină, MSM) şi complexul CALCIU, într-o formă concentrată, care aduce dintr-o doză optimă zilnică necesarul de calciu solubil şi uşor absorbabil şi vitamina D_3.
- **Complex Artro** - eficient pentru repararea articulaţiilor şi restabilirea mobilităţii, reducând inflamaţia şi controlând durerea pe termen lung.

Doza optimă (2 COMPRIMATE) conţine:	
GLUCOZAMINĂ sulfat	1500 mg
CONDROITINĂ sulfat	1200 mg
MSM	600 mg
Extract de Zinziber officinale	40 mg

Doza optimă (2 COMPRIMATE) conţine:	
GLUCOZAMINĂ sulfat	1500 mg
CONDROITINĂ sulfat	1200 mg
MSM	600 mg
CALCIU	1000 mg
MANGAN	2,28 mg
VITAMINA D_3	800 UI

INDICAŢII:

- Pentru persoanele în vârstă care, odată cu apariţia semnelor de afectare articulară, necesită un aport suplimentar de factori pentru nutriţia articulaţiilor şi oaselor fragile;
- Pentru persoanele supuse unor activităţi fizice zilnice grele, care solicită intens articulaţiile sau cele care practică sport de performanţă;
- Pentru menţinerea unui sistem articular şi locomotor integru şi persoanelor obeze, care prezintă un risc de afectare accelerată a structurilor respective;
- În recuperarea articulară, după anumite traumatisme, fracturi sau intervenţii;
- În perioada de iarnă, când expunerea solară este mai mică şi necesarul de vitamina D nu este acoperit;
- În condiţiile unor factori de risc: fumat, alcool, intoleranţă la produse lactate.

SIGURANŢĂ:

- ARTRO EFERVESCENT se poate asocia cu tratamentul cu antiinflamatoare nesteroidiene în artrozele însoţite de dureri mai intense, compensând capacitatea scăzută de refacere la nivel articular şi reducând consumul şi numărul de doze necesare pentru alinarea durerii.
- Nu conţine zahăr, deci poate fi administrat şi persoanelor diabetice.

PERFORMANŢĂ:

- Produs complex cu absorbţie rapidă;
- Reduce inflamaţia şi controlează durerea pe termen lung;
- Eficient pentru repararea articulaţiilor şi restabilirea mobilităţii;
- Oferă protecţie articulară completă;
- Toleranţă superioară.

Artrita acută gutoasă

Dr. Iulia Maria Duțu
Medic specialist reumatolog
dutu_iulia@yahoo.com

Pacientul A.M., 46 de ani, se prezintă la cabinetul de reumatologie pentru durere la nivelul halucelui drept aparută în urmă cu aproximativ 2 zile, în cursul nopții, fără o cauză aparentă declanșatoare. Antecedentele heredocolaterale sunt nesemnificative; din antecedentele personale patologice menționăm: hipertensiune arterială și hipertrigliceridemie iar din condițiile de mediu și viață menționăm consumul zilnic de alcool, în special bere. Pacientul este în tratament cu lisinopril, simvastatin, clofibrat, acid acetil salicilic.

La examenul clinic se constată pacient obez IMC=30, articulația metatarsofalangiană I dreaptă dureroasă, tumefiată, caldă și eritematoasă, TA=170/100mmHg, în rest în limite normale.

Biologic, acidul uric seric=6 mg/dl (normal 3-7,2 mg/dl), creatinina serică =2 mg/dl (normal 0,5-1,2mg/dl), sindrom biologic inflamator VSH=40/mmHg (normal 3-20mm/1h), fibrinogen=520 mg/dl (normal 180-350mg/dl), proteina C reactivă=2mg/dl (normal 0-0,90mg/dl), glicemie=130mg/dl (normal 60-110mg/dl), în rest în limite normale. La radiografia de antepicior s-a evidenţiat tumefacţia ţesuturilor moi din jurul articulaţiei metatarsofalangiene.

La acest moment diagnosticul stabilit este de Artrită acută gutoasă monoarticulară, Hipertensiune arterială esenţială stadiul II grupa de risc moderat, Insuficienţă renală cronică, Obezitate. Diagnosticul principal este susţinut de localizarea durerii, caracterul ei, istoricul de consumator cronic de alcool în special de bere, comorbidităţile asociate: hipertensiune arterială, dislipidemie cu hipertrigliceridemie, hiperglicemie.

Diagnosticul diferenţial al episodului de artrită se face cu artrita septică, pseudoguta (sunt afectate mai frecvent articulaţiile genunchilor şi pumnilor, mai rar articulaţiile metatarsofalangiene, eritem mai rar), artroza articulaţiei metatarsofalangiene I (de obicei lipseşte sindromul biologic inflamator) hemartroza (în cazul de faţă fără modificări de coagulare, fără istoric de afecţiuni hematologice).

Pentru susţinerea diagnosticului principal s-a efectuat aspirarea de lichid sinovial. Lichidul obţinut a fost de culoare sero-citrina, cu leucocitoza cu neutrofilie iar pe mediile de cultură nu s-a dezvoltat nici un germene, prin aceasta excluzându-se artrita septică, iar la microscopul cu lumină polarizată s-au evidenţiat cristale aciculare cu birefringenta negative unele libere, unele fagocitate de neutrofile.

Tratamentul recomandat: corticoterapie 20mg/zi-5zile, ulterior cu scădere progresivă de 5mg la 4 zile până la renunţare la care s-a adăugat colchicină 1mg/zi (pentru a evita reboundul la corticoterapie), vitamina C 500mg/zi. S-a continuat tratamentul cu lisinopril, simvastatină, clofibrat.

Ca regim igienodietetic s-a recomandat renunţarea la alcool, regim alimentar hiposodat, hipoglicemiant, hipocolesterolemiant.

După o lună pacientul a fost reevaluat clinic: articular nu s-au evidenţiat semne de artrită şi biologic valoarea acidului uric seric de 9mg/dl. În aceste condiţii s-a adăugat la tratamentul cu Colchicină 1mg/zi Allopurinol 100mg/zi iar la 2 săptămâni s-a evaluat din nou biologic şi s-a constatat scăderea valorii acidului uric la 6 mg/dl şi a creatininei serice la 1,6 mg/dl.

Prognosticul pe termen scurt este favorabil iar pe termen lung depinde de complicaţiile care pot apărea în lipsa unui tratament adecvat, respectiv renale (nefropatie, nefrolitiază) şi de condiţiile asociate (hipertensiune, obezitate, hipertrigliceridemie) care reprezintă factori de risc pentru ateroscleroză.

Particularitățile cazului:

1. valoarea acidului uric normală în puseul acut de gută, lucru care nu este neobişnuit, aceasta putând scădea ca urmare a efectului uricozuric al interleukinei-6 (IL-6), o citokină de inflamaţie ca răspuns la depozitele de cristale de acid uric;
2. tratamentul atacului acut de gută. S-a preferat corticoterapia pentru răspunsul terapeutic rapid şi eficient evitându-se utilizarea de antiinflamatoare nesteroidiene şi colchicină, care la dozele mari necesare puseului sunt contraindicate având în vedere patologia asociată (cardiovasculară şi renală);
3. s-a preferat iniţial o doză mai mică de allopurinol având în vedere gradul de afectare renală, pacientul fiind evaluat biologic lunar pentru urmărirea valorilor serice ale creatininei şi acidului uric, în acest caz fiind ideală utilizarea de febuxostat - un inhibitor de xantinoxidază utilizat în special la pacienţii cu afectare renală sau la cei care nu tolerează allopurinol sau la care guta nu este controlată cu allopurinol.

HRI-Vitalion™

Puterea revigorantă a naturii

Acest produs este recomandat în primul rând celor care suferă de:

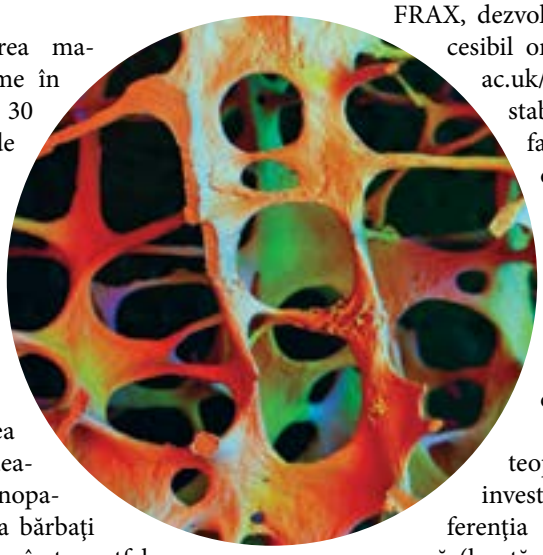
- ateroscleroză
- osteoporoză
- varice și ulcer varicos
- artroză și degradarea substanței osoase
- hiperglicemie
- arterită

Producător: Surepharm Services Limited, Marea Britanie
Importator: SC Vitalion SRL, Str Principala Nr 499, Dumbrăvioara, România, tel./fax: 0265 - 261.846
www.hrivitalion.ro

Osteoporoza masculină

Osteoporoza este o boală sistemică, caracterizată prin scăderea masei osoase și alterarea microarhitecturii țesutului osos, ducând la creșterea fragilității osoase și a riscului de fractură. Cele mai frecvente fracturi apar la coloana vertebrală, șold sau la încheietura mâinii, prin cădere de la înălțimea proprie sau traumatisme mai mici, cum ar fi efortul de tuse, strănut sau răsucirea în pat.

Deși osteoporoza a fost considerată mult timp o boală a femeilor, fracturile osteoporotice afectează semnificativ și sănătatea bărbaţilor. În SUA, bărbaţii reprezintă 20% din populaţia diagnosticată cu osteoporoză și 30% din persoanele cu fractură de șold, prevalenţa osteoporozei fiind estimată la 7% din bărbaţii albi, 5% din cei de rasă neagră și 3% dintre hispanici.



După atingerea masei osoase maxime în jurul vârstei de 30 ani, procesul de resorbţie osoasă îl depășește pe cel de formare și are loc o pierdere continuă de ţesut osos de circa 0,5% pe an, la ambele sexe. La femei pierderea osoasă se accentuează mult după menopauză, în timp ce la bărbaţi continuă lent cu vârsta, astfel încât aceștia fac osteoporoză și fracturi cu circa 10 ani mai tîrziu decât femeile. Totuși, mortalitatea după o fractură de șold pare mai mare la bărbaţi decât la femei.

Factorii principali de risc pentru osteoporoză la bărbaţi includ: vârsta, fumatul, greutatea corporală scăzută, limitările fizice sau funcţionale, o fractură anterioară, tratamentul prelungit cu corticosteroizi, tratamentul de deprivare androgenică (utilizat, de exemplu, la pacienţii cu cancer de prostată).

Se recomandă evaluarea riscului de fractură la bărbaţii peste 50 ani care au factori clinici de risc pentru osteoporoză, dar și la cei peste 70 ani care nu au fost testaţi anterior și ar beneficia de tratament. Măsurarea densităţii minerale osoase evidenţiază osteopenie dacă scorul T este cuprins între –1 și -2,5 deviaţii standard (DS) faţă de adultul tânăr, și osteoporoză dacă scorul T este egal cu, sau mai scăzut de -2,5 DS; poate fi utilizat și algoritmul FRAX, dezvoltat de OMS (accesibil on-line, www.shef.ac.uk/FRAX), care stabilește, pe baza factorilor clinici de risc, probabilitatea de fractură pe o perioadă de 10 ani. Acesta, însă, nu înlocuiește judecata clinică a medicului.

Bărbaţii cu osteoporoză trebuie investigaţi pentru a diferenţia osteoporoza primară (legată de vârstă) de cea secundară, frecventă, cauzată de: hipogonadism, deficitul vitaminei D, hipertiroidism, hiperparatiroidism, hipercalciurie, artrită reumatoidă, alcoolism, corticoizi ș.a.; tratarea cauzei va ameliora osteoporoza secundară.

Prevenţia osteoporozei la bărbaţi se face prin administrarea de calciu 1200 mg/zi și vitamină D3 800 – 1000 UI/zi. Bărbaţii cu osteoporoză (diagnosticată densitometric sau prin prezenţa unei fracturi osteoporotice), dar și cei cu osteopenie și risc FRAX pe 10 ani de fractură de șold ≥10% sau de fractură majoră ≥20% pot beneficia de tratament antiosteoporotic, pentru prevenţia fracturilor. Tratamentul include bisfosfonaţi orali sau injectabili, sau teriparatid (în cazuri selecţionate). Ranelatul de stronţiu și denosumab, indicate la femei, nu sunt încă aprobate pentru bărbaţii cu osteoporoză primară, dar studiile atestă eficacitatea lor.

Referințe

Gates BJ, Das S, Management of osteoporosis in elderly men, Maturitas 2011 (in press)

S. Khosla, S. Amin and E. Orwoll, Osteoporosis in men, Endocr Rev 29 (4) (2008), pp. 441–464

National Osteoporosis Foundation, Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis, National Osteoporosis Foundation, Washington, DC (2010) http://www.nof.org/sites/default/files/pdfs/NOF_ClinicianGuide2009_v7.pdf

Papaioannou, C.C. Kennedy and A. Cranney et al., Risk factors for low BMD in healthy men age 50 years or older: a systematic review, Osteoporos Int 20 (4) (2009), pp. 507–518.

H. Liu, N.M. Paige and C.L. Goldzweig et al., Screening for osteoporosis in men: a systematic review for an American College of Physicians guideline, Ann Intern Med 148 (9) (2008), pp. 685–701

J. Compston, A. Cooper and C. Cooper et al., Guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women and men from the age of 50 years in the UK, Maturitas 62 (2) (2009), pp. 105–108.

ICSD official positions (2007 and 2010) Available at http://www.iscd.org/Visitors/positions/OfficialPositionsText.cfm

World Health Organization Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases. FRAX: WHO Fracture Risk Assessment Tool. Available at http://www.shef.ac.uk/FRAX/index.htm

Dr. Monica Livia Gheorghiu
Medic primar endocrinolog
Doctor în medicină
Asistent universitar

Managementul terapeutic al osteoporozei începe cu Ideos® - medicament original ce conține combinația de Calciu și Vitamina D3 în doză optimă recomandată

Principalele considerații când se alege un brand în cazul prescrierii de Calciu și Vitamina D3, ar trebui să fie evidențele medicale proprii brandului și evidențele medicale privind dozajul, forma farmaceutică dar și tolerabilitatea și acceptabilitatea din partea pacienților.

Managementul terapeutic al osteoporozei începe cu Calciu și Vitamina D3. La pacienţii care sunt trataţi cu medicamente antiosteoporotice, Calciu şi vitamina D3 trebuie să fie prescrise ca şi terapie combinată pentru asigurarea unei eficienţe terapeutice maxime.

Ideos® - Rolul Calciului și al Vitaminei D3 în osteoporoză

Majoritatea evidenţelor privind eficacitatea tratamentelor pentru osteoporoză se bazează pe tratamentul combinat cu Calciu şi Vitamina D3.Toate studiile în care s-a investigat eficacitatea bifosfonaţilor, calcitoninei, strontium ranelate sau denosumab-ului au fost făcute pe pacienţi care au primit calciu şi vitamina D3. Nu s-a demonstrat eficacitatea acestor componente fără administrare concomitentă de calciu şi vitamina D3. O meta-analiză facută pe studii randomizate a aratat o scădere cu 23% a riscului de fracturi non-vertebrale şi o reducere cu 26% a riscului de fracturi de şold, prin suplimentarea cu Calciu şi Vitamina D3.

Prevenţia şi terapia osteoporozei are doua obiective: prezervarea structurii fiziologice a osului şi prevenirea fracturilor.

Doza optimă recomandată pe zi este de 1000 mg Calciu şi 800 UI Vit D3.

Ideos® rolul Calciului și Vit D3 în prevenirea afecțiunilor neoplazice

Există evidenţe din studii epidemiologice, studii clinice intervenţionale, studii pe modele animale şi umane care demonstrează că insuficienţa de Calciu şi de Vitamina D3 este un factor care predispune la un număr important de afecţiuni grave, incluzând diferite tipuri de cancer, infecţii cronice, boli autoimune şi inflamatorii, metabolice şi cardiovasculare. Studii care au folosit expunerea solară ca şi index de fotoproducţie a vitaminei D3, a demonstrat o relaţie invers proporţională semnificativă între UV-B şi mortalitatea în 15 tipuri de cancer. Dintre acestea: cancerul de colon, rectal, de sân, gastric, endometrial, renal şi ovarian au arătat o relaţie invers proporţională între incidenţa şi administrarea orală de Calciu. În plus, cancerul de plămân şi endometrial precum şi mielomul multiplu sunt considerate sensibile la Calciu şi Vitamina D3. Prin urmare suplimentarea combinată de Calciu şi Vitamina D3 este necesară pentru o optimă chimioprevenţie a cancerului. Îmbunatăţirea statusului nutriţional de Calciu şi Vitamina D3 determină reducerea riscului de cancer la femeile aflate la menopauză.

Astfel, pentru prevenţia şi tratamentul asociat al osteoporozei sau pentru suplinirea deficitului de Calciu şi Vitamina D3, se recomandă un medicament original, eliberat cu prescripţie medicală, care prezintă evidenţe medicale proprii brandului, ce conţine combinaţia de 500 mg Calciu şi 400 UI de Vitamina D3, două comprimate pe zi, sub formă de comprimate masticabile (s-a dovedit că această formă farmaceutică este cea mai acceptată de către pacienţi), realizându-se astfel concentraţia optimă necesară de Calciu şi Vitamina D3.

Ideos®

Este medicamentul original ce conţine combinaţia optimă de Calciu şi Vitamina D3 (1 comprimat de două ori pe zi) cu studii proprii privind eficienţa şi tolerabilitatea;

Se eliberează cu prescripţie medicală şi conţine combinaţia de 500 mg Calciu şi 400 UI Vitamina D3/pe 1 tabletă masticabilă;

Forma farmaceutică este de comprimate masticabile; Comprimatele masticabile s-au dovedit a fi cele mai acceptate de pacienţi;

Ideos® a fost denumit în Marea Britanie brandul de elecţie dintre preparatele care conţin combinaţii de Calciu şi Vitamina D3.

Acest material promoţional este destinat profesioniştilor în domeniul sănătăţii. Acest produs se eliberează doar pe baza prescripţiei medicale P-RF. Pentru informaţii complete de prescriere, consultaţi Rezumatul Caracteristicilor Produsului.

Sursa: Laboratoire Innotech International,
Reprezentanţa pentru România,
Piaţa Charles de Gaulle, nr. 2, sector 1, Buc.,
Tel: 0021 230 20 44, Fax : 0021 230 20 47;
Email: innotech.romania@innothera.com

[1]International Osteoporosis Foundation 2010 ▪ [2]Fracture Prevention With Vitamin D Supplementation: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials, Heike A. Bischoff-Ferrari; Walter C. Willett; John B. Wong; et al, JAMA. 2005 ▪ [3]Reducing fracture risk with calcium and vitamin D Paul Lips, Clinical Endocrinology (2010) 73, 277–285; Patient level pooled analysis of 68 500 patients from seven major vitamin D fracture trials in US and Europe, BAbrahamsen BMJ 2010;340:b5463; ▪ [4] Vitamin D and calcium supplementation reduces cancer risk:results of a randomized trial, Joan M Lappe, Am J Clin Nutr 2007;85:1586–91.

Doppel herz®
aktiv
Queisser PHARMA Germany
Calciu + Magneziu + Zinc + Seleniu
Pentru inimă, oase, mușchi și imunitate
Important pentru solicitarea fizică, psihică și apărarea celulară
Ca Mg Zn Se
1 tabletă / zi
30 tablete
Produsul complet pentru suplimentarea cu minerale a organismului!
www.doppelherz.ro

„Numărul 1

în categoria produselor Omega-3 din piața de suplimente nutritive*"

Ochii și capacitatea vizuală

Funcția cerebrală

Aparatul cardiovascular

Omega-3 extra 1000 mg

Pentru funcția normală a inimii

* Conform studiilor din domeniul farmaceutic.

Anticorpii anti-CCP în poliartrita reumatoidă

Poliartrita reumatoidă este o boală autoimună caracterizată prin inflamația cronică a sinovialei, care conduce treptat la distrugerea articulației și, în cele mai multe cazuri, la infirmitate și scăderea calității vieții.

PR afectează 0,5-1% din populaţia adultă.

Intervenţia terapeutică precoce este vitală în prevenirea distrucţiei articulare ireversibile, astfel că este foarte important ca boala să fie diagnosticată în stadiile sale iniţiale.

Factorul reumatoid este cel mai utilizat marker în PR și, deși are specificitate redusă, 70-80%, poate fi întâlnit la aproximativ 5-10% dintre subiecţii normali, fiind uneori negativ în PR seronegativă.

În 1964 au fost descrişi anticorpi perinucleari în citoplasma celulelor bucale umane, numiţi factor antiperinuclear (AFP), cu mare specificitate pentru PR.

În 1979 au fost descoperiţi anticorpii anticytokeratină din epiteliul esofagian al cobaiului, numiţi anticorpi antikeratină (AKA) cu specificitate înaltă pentru PR. APF și AKA sunt direcţionaţi împotriva „filaggrin“ sau a precursorilor „profilaggrin” și au fost grupate în familia anticorpilor numiţi autoanticorpii antifilaggrin (AFA). Recent, s-a demonstrat că toţi aceşti anticorpi sunt direcţionaţi spre epitopi care conţin citrulină.

În 1998, un alt grup de autoanticorpi au fost descrişi în PR – anticorpii împotriva peptidelor citrulinate cyclic ale lanţurilor de fibrina (anti-CCP) cu înaltă specificitate (>96-98%) și sensibilitate.

Antigenele citrulinate sunt prezente în sinoviala inflamată faţă de care plasmocitele secretă anticorpi anti-CCP.

HLA DR 4 se corelează cu prezenţa anticorpilor anti-CCP.

Clasificarea ACR (American College of Rheumatology), din 1987, utilizată în diagnosticul PR se bazează în principal pe criterii clinice care, de multe ori, nu se regăsesc în stadiile iniţiale ale bolii.

Anti-CCP pot fi detectaţi la 50-60% dintre pacienţii aflaţi în stadiile iniţiale după 3-6 luni de la debutul simptomatologiei.

Pacienţii cu anticorpi anti-CCP pozitivi la debutul bolii pot dezvolta o formă mai erozivă decât cei fără anti-CCP.

Determinarea anti-CCP este indicată în:

- diagnosticarea PR în stadiile precoce,
- diagnosticul diferenţial cu polimialgia reumatoidă,
- diagnosticul diferenţial între PR și alte boli de collagen (LES),
- în scop prognostic,
- în stabilirea strategiei terapeutice.

Concluzii:

Anti-CCP este un important marker în diagnosticul PR, putând fi detectat în stadiile incipiente ale bolii; de asemenea, face distincţia între formele erosive și cele neerozive ale bolii, fiind un foarte bun factor de prognostic.

Dr. Roxana Bârsășteanu
Medic primar medicina de laborator

ARTRISALM

Articulații fără dureri

Contribuie la:

- menținerea stării de sănătate a articulațiilor și a mobilității articulare;
- întârzierea proceselor de degenerare articulară;
- asigurarea mobilității corespunzătoare a încheieturilor;
- reducerea rigidității;
- eliminarea toxinelor, reducând disconfortul generat de starea de anchilozare.

NON DOLOR

O viață fără dureri

Contribuie:

- la eliminarea eficientă a durerii;
- la îndepărtarea aspectului inestetic al leziunilor de țesut;
- la prevenirea eventualelor infecții tegumentare;
- la îndepărtarea cicatricilor.
- Nicio casă fără NON DOLOR

MARGUSA

Purificator natural al organismului

Contribuie la:

- la detoxifierea completă și eficientă a organismului;
- la eliminarea produșilor reziduali (toxinelor) din organism;
- la susținerea capacității naturale de autoapărare a organismului, prin efectul antioxidant și detoxifiant al plantelor pe care le conține;
- la menținerea stării de sănătate a pielii, conferind acesteia un aspect natural;
- la menținerea tonusului general al organismului.

ayurmed

www.star-ayurveda.ro
natural@star-ayurveda.ro

STAR international med

Suplimente alimentare 100% naturale din plante medicinale ayurvedice

Omega-3 + Glucosamine & Chondroitin & Vitamina C: combinația câștigătoare!

ALEGEREA SĂNĂTOASĂ PENTRU ARTICULAȚII FLEXIBILE MENȚINE-TE ÎN FORMĂ!

Osteoartrita este o boală degenerativă, larg răspândită, cauzată de uzura cartilajului articular, ceea ce duce la funcționarea defectuoasă și la durere la nivelul articulațiilor. Osteoartrita afectează aproximativ 10% din populația generală, din care 50% sunt persoane de vârstă geriatrică.

Articulațiile afectate de boală sunt în principal cele solicitate intens de greutatea corporală, precum vertebrele și articulațiile genunchilor, dar și cele solicitate la efort.

Pierderile de cartilaj pot duce la o pierdere generală a funcției articulațiilor.

Glucozamina și condroitina sunt substanțe prezente în mod natural în organism, ce consolidează cartilajul, îl ajută să rețină apa și îl protejează de uzură.

Glucozamina este o aminozaharidă și una dintre cele mai importante componente ale cochiliilor de crustacee, comercial fiind produsă prin hidroliza cochiliilor de crustacee.

Glucozamina este un precursor de glicozaminoglicani, care sunt principala componentă a cartilajului articular, iar suplimentarea dietei cu glucozamină ajută la refacerea cartilajelor și calmează durerea indusă de artrită.

Corpul este într-o continuă înnoire a tendoanelor și articulațiilor, bazându-se în acest proces și pe Glucozamină. Cartilajul se comportă ca un tampon între oasele ce formează o articulație, iar Glucozamina este implicată în refacerea și înnoirea tendoanelor articulațiilor și a celulelor cartilajelor din genunchi, șolduri, coloană vertebrală și mâini, atât la femei cât și la bărbați.

Glucozamina poate fi uneori mai eficientă decât tratamentul clasic antiinflamator, ale cărui efecte nedorite la nivel gastrointestinal, renal și cardiovascular pot fi evitate prin utilizarea glucozaminei și a condroitinei împreună cu Omega-3.

Condroitina este o importantă componentă structurală a cartilajului de la încheieturi, oferind rezistență la compresiune. Aceasta oferă țesuturilor conjunctive capacitatea de a absorbi lichide, respectiv apă, permițând cartilajului să rămână sănătos și reducând ruperea cartilajelor. Condroitina ajută la lubrifierea articulațiilor, îmbunătățește vâscozitatea lichidului sinovial, crescând mobilitatea articulară.

Glucozamina și condroitina sunt substanțe ce conlucrează, acțiunea lor împreună fiind mult mai puternică decât orice rezultat obținut cu un singur produs.

Vitamina C

Aceasta ajută la formarea colagenului, ce menține elasticitatea țesuturilor, întregind acțiunea Glucozaminei, Condroitinei și a acizilor grași Omega-3.

De ce asocierea cu Omega-3?

A fost efectuat un studiu pentru a se evalua eficacitatea combinației de omega-3 EPA și DHA cu sulfatul de glucozamină, în tratarea osteoartritei de șold și genunchi moderate, comparativ cu tratamentul doar cu sulfat de glucozamină.

Rezultatele studiului, care a implicat supravegherea a 177 de pacienți, a arătat că asocierea glucozaminei cu Omega-3 duce la o reducere semnificativă a redorii matinale și a durerii de la nivelul articulațiilor afectate de boală, în comparație cu tratamentul standard doar cu glucozamină.

În acest sens, LYSI ISLANDA a pus la dispoziția consumatorilor un supliment care combină beneficiile acizilor grași Omega-3, în ceea ce privește aspectele inflamatorii, capacitatea glucozaminei și condroitinei de a asigura menținerea funcției articulare și proprietățile vitaminei C pentru formarea colagenului și menținerea elasticității țesuturilor.

OMEGA-3 & GLUCOZAMINE & CHONDROITINE & VITAMINA C, LYSI este o combinație unică de Omega-3 cu Glucozamină, Condroitină și Vitamina C, ce ajută la:

- flexibilizarea încheieturilor,
- reducerea suferinței produse de articulațiile degradate;
- regenerarea și întărirea cartilajelor,
- menținerea sănătății articulațiilor și protejarea contra deteriorării cartilajelor, din cauza bolilor articulare și a osteoporozei, a uzurii fizice din cauza vârstei sau a accidentelor, a supra-solicitării, obezității și a activităților sportive.
- SPOREȘTE MOBILITATEA, REGENERAREA, RECUPERAREA ARTICULAȚIILOR

www.lysi.ro

OMEGA-3 & GLUCOSAMINE

+ Chondroitin & Vitamin C

Scapă de durerile articulare

LYSI

Boala Raynaud și fenomenul Raynaud

Boala Raynaud se caracterizează prin accese paroxistice (debut brusc) de paloare și cianoză (culoare vineție a tegumentelor) localizate simetric bilateral la nivelul degetelor urmate de eritem (roșeață). Aceste accese sunt precipitate de frig și tulburări emoționale și se ameliorează la caldură. Sindromul Raynaud este caracteristic în special femeilor tinere.

Boala Raynaud este forma primară sau idiopatică (de cauză necunoscută) a acceselor paroxistice (debut brusc) de cianoză digitală. Fenomenul Raynaud care este mai frecvent decât boala Raynaud este secundar unor afecţiuni locale sau sistemice. În boala Raynaud, arterele digitale răspund în mod excesiv la stimulii vasospastici (constricţie puternică, brutală a vaselor mici de la nivelul degetelor de la mâini şi picioare). Cauza este necunoscută, par sa fie implicate anomalii ale sistemului nervos vegetativ.

Diagnostic

Boala și fenomenul Raynaud sunt caracterizate prin accese intermitente de paloare sau cianoză, sau paloare urmată de cianoză la nivelul degetelor mâinii (şi mult mai rar la nivelul degetelor picioarelor) precipitate de frig sau tulburări emoţionale.

În atacurile precoce din fenomenul Raynaud pot fi afectate numai 1-2 degete. Pe măsură ce afecţiunea avansează, toate degetele vor fi afectate. Policele este rareori afectat.

În faza de ocluzie a circulaţiei apare înroşirea puternică, senzaţii pulsatile, parestezii (amorţeli) şi un grad uşor de edem (acumulare excesivă de lichid în ţesuturi). Accesele încetează de obicei spontan sau după intrarea într-o cameră încălzită. De asemenea accesele de Raynaud se pot ameliora prin introducerea mâinilor în apă caldă.

Modificările care însoțesc tulburările vasospastice (paloare, cianoză) includ:

- scăderea forţei musculare
- impotenţa funcţională
- scăderea sensibilităţii
- durere acută

Această afecţiune progresează către atrofia (oprirea din dezvoltarea normală) pulpei degetelor şi a pielii de la acest nivel, cu apariţia de ulcere gangrenoase. Leziunile se vindecă în anotimpurile calde.

Boala Raynaud debutează între 15 şi 45 de ani, afectând aproape întotdeauna femeile. Are o evoluţie progresivă comparativ cu fenomenul Raynaud (care poate fi unilateral şi poate implica numai 1 sau 2 degete), afectând simetric degetele de la ambele mâini. Cu timpul spasmele devin din ce în ce mai frecvente şi mai prelungite.

Diagnosticul de boala Raynaud se stabileşte atunci când fenomenele persistă mai mult de 3 ani, fără a putea fi evidenţiată o cauză posibilă.

Nu există modificări specifice de laborator, diagnosticul se stabileşte în urma examinării clinice. Pentru a exclude alte afecţiuni asociate cu fenomenul Raynaud sunt necesare investigaţii suplimentare.

Diagnostic diferențial

Boala Raynaud trebuie diferenţiată de fenomenul Raynaud asociat altor afecţiuni. Medicul va ţine cont în stabilirea diagnosticului de antecedentele pacientului şi în urma examinării clinice va putea exclude următoarele afecţiuni:

- poliartrita reumatoidă
- sclerodermie (atât forma sistemică cât şi forma localizată)
- lupus eritematos sistemic
- boala mixtă a ţesutului conjunctiv.

Fenomenul Raynaud este uneori prima manifestare a acestor boli.

De asemenea boala Raynaud trebuie diferenţiată şi de trombangeita obliterantă. Trombangeita obliterantă este o boală frecvent întâlnită la bărbaţi, pulsul periferic este diminuat sau absent, iar dacă se asociază şi fenomenul Raynaud acesta interesează doar 1-2 degete. Fenomenul Raynaud apare şi la pacienţii cu sindrom de compresie toracică. Afectarea este de obicei unilaterală iar simptomele de compresie a plexului brahial domină tabloul clinic.

Sindromul de tunel carpian trebuie de asemenea avut în vedere, în unele cazuri fiind necesară testarea conducerii nervoase.

În acrocianoză, cianoza mâinilor este difuză şi permanentă. Degerăturile se pot complica cu fenomenele Raynaud cronice.

Diagnosticul diferenţial al bolii Raynaud trebuie făcut şi cu intoxicatia cu ergot, care se întâlneşte mai ales prin folosirea îndelungată sau excesivă de ergotamină.

Manifestări similare fenomenului Raynaud apar și în următoarele afecțiuni:

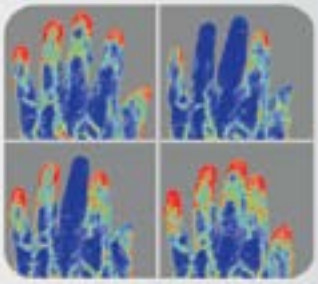
- crioglobulinemie: afecţiune caracterizată prin precipitarea unor proteine serice la nivelul vaselor distale, în condiţii de temperatură scăzută
- pacienţii care urmează tratament medicamentos ce intra in schema terapeutică indicată în cancerul testicular. În urma acestui tratament apare o formă deosebit de severă a fenomenului Raynaud, tratamentul fenomenului Raynaud fiind ineficient iar fenomenul persistă chiar şi după întreruperea tratamentului anticanceros.
- mielom multiplu
- hiperglobulinemie (creşterea anticorpilor serici).

moor instruments
innovation in microvascular assessment

moorLDI2™ cel mai performant sistem Laser Doppler utilizat în diagnosticarea Fenomenului Raynaud

Precizie de peste 96% în interpretarea imaginilor fluxului sanguin

Utilizarea combinată a dispozitivului moorLDI2™ și a procedurii de capilaroscopie periunghială este decisivă în identificarea anomaliilor capilare. Valorile astfel obținute stau la baza diagnosticului diferențial între fenomenul Raynaud primar și cel secundar.



moorLDI2™ este un echipament mobil ce permite:

- Evaluarea unor zone mari, de până la 50x50 cm
- Imagistică de înaltă rezoluție (256x256 pxl)
- Imaginii continue, clare, delimitate în timp
- Software medical dedicat, ușor de utilizat

MTI Dedicated to health.

Medical Technologies International SRL
Str. Tăbăcarilor nr. 28, sector 4, București, 040298
Tel: +4 021 330 1130 | Fax: +4 021 330 1930
E-mail: sales@mt-intl.ro Web: www.mt-intl.ro

Corpul trebuie menţinut la cald iar mâinile trebuie protejate în mod special de frig, în anotimpul rece purtându-se mănuşi. Mâinile trebuie permanent protejate de lovituri deoarece rănile se vindecă lent şi, ca urmare, infecţiile sunt greu de controlat.

Pacientul cu această afecţiune va aplica frecvent loţiuni emulsifiante şi hidratante pentru pielea uscată şi fisurată.

Pacienţii care fumează trebuie să renunţe la fumat deoarece afecţiunea este mult mai gravă în cazul acestora.

Tratament medicamentos

Medicaţia vasodilatatoare are o valoare limitată, fiind indicată în mod special la pacienţii la care nu s-a obţinut un control eficient al afecţiunii prin măsurile generale precum şi în cazurile în care vasoconstricţia periferică nu este însoţită de modificări organice semnificative.

Pentru normalizarea mai rapidă a temperaturii zonelor afectate se va recurge la nitroglicerina administrată transdermic sau la alt medicament vasodilatator (nitrat) cu durată lungă de acţiune administrat oral.

Dozele mici de nifedipină retard (cu eliberare întârziată, în doze de 30mg/zi) au efecte benefice în tratamentul bolii şi fenomenului Raynaud.

Tratament chirurgical

În cazul bolii Raynaud dacă fenomenele sunt foarte frecvente şi severe, interferând cu activitatea zilnică şi confortul individual se indică simpatectomia (secţionarea chirurgicală a unuia sau mai multor nervi simpatici). De asemenea tratamentul chirurgical este indicat şi atunci când apar modificări trofice iar măsurile medicale au eşuat.

Simpatectomia toracică determină la marea majoritate a pacienţilor o ameliorare temporară, în timp ce simpatectomia lombară se asociază mai frecvent cu ameliorări complete şi permanente.

În urma acestor intervenţii tulburările funcţionale de la nivelul mâinii reapar într-un interval de 1-5 ani dar sunt de intensitate redusă şi mai puţin frecvente.

Simpatectomiile au valoare limitată în cazurile avansate mai ales în cazul sclerodermiei cu obstrucţie semnificativă a arterelor digitale.

Prognostic

Boala Raynaud este de obicei benignă, determinând un uşor disconfort la expunerea la rece şi progresând foarte lent de-a lungul anilor. În puţine cazuri boala evoluează rapid iar cea mai mică schimbare de temperatură duce la schimbări de culoare. În aceste cazuri se remarcă sclerodactilia (forma de sclerodermie care începe la extremităţile degetelor de la mâini şi picioare) şi apariţia unor zone mici de gangrenă. Durerea severă, limitarea mobilităţii precum şi anchiloza secundară a articulaţiilor distale pot duce la invaliditate.

Prognosticul fenomenului Raynaud este legat de afecţiunea subiacentă (afecţiunea primară).

Sursa: www.sfatulmedicului.ro

Scintigrafia și rolul ei în

Dr. Adriana Rimbu
Medic primar Medicină Nucleară
Medic specialist Radiodiagnostic
Doctor în ştiinţe medicale
Preşedinte a Societăţii Române de Medicină Nucleară
0724.201.203; 0763.337.493

Scintigrafia osoasă (SO) evaluează metabolismul osos și anatomia scheletală și este una dintre cele mai frecvente aplicații diagnostice ale medicinii nucleare.

Imaginile scintigrafice sunt realizate după administarea intravenoasă a unui radiofarmaceutic osteotrop (frecvent un bifosfonat marcat cu Tc99m), într-o doză ce determină o iradiere a pacientului mult mai redusă, comparativ cu alte tehnici radiologice, computer tomografia, de exemplu.

Scintigrafia osoasă (SO) este utilă în **afecţiunile reumatologice**, atât pentru diagnosticul diferenţial între diferite afecţiuni, pentru evaluarea gradului de activitate a diferitelor procese inflamatorii, cât şi pentru monitorizarea eficienţei terapeutice.

Cel mai utilizat protocol de achiziţie a imaginilor în patologia reumatologică este **scintigrafia osoasă trifazică**, ce implică obţinerea de imagini secvenţiale dinamice ale per-

osoasă reumatologie

fuziei (angioscintigrafie) imediat după injectarea radiotrasorului (RT), ale fazei interstiţiale, ale părţilor moi, imagini achiziţionate imediat după terminarea primei faze şi imagini tardive-osoase (după 2-4 ore de la administrarea RT) cu achiziţie tip „corp întreg", segmentară sau în sistem tomografic (SPECT).

Toate anomaliile care antrenează o modificare a metabolismului osos vor determina o alterare a fixării radiofarmaceuticului. Creşterea activităţii osteoblastice se va traduce printr-o hiperfixare, localizată sau difuză (de exemplu în fractură, algodistrofie osoasă, maladie Paget, metastaze, artropatii) în timp ce, mai rar, scăderea activităţii osteoblastice, dublată de creşterea activităţii osteoclastelor, se va asocia cu prezenţa de leziuni hipofixante (de exemplu în faza precoce a osteonecrozei aseptice, în leziuni postradice, metastaze litice pure, mielom).

În artrita reumatoidă locul SO este de a completa un diagnostic clinic, prin detecţia precoce a sinovitelor, în special în formele de debut, pauci-simptomatice, înainte de vizualizarea anomaliilor radiologice sau atunci când diagnosticul este dificil, de exemplu la o persoană în vârstă. Aspectul scintigrafic este de hiperfixare a RT, atât în faza interstiţială, cât şi în cea tardivă, la nivelul articulaţiilor mici ale mâinilor şi picioarelor. De asemenea, SO este foarte utilă în diagnosticul diferenţial cu fibromialgiile în care scintigrafia este normală.

Maladie Paget

O altă categorie de afecţiuni în care SO este utilă sunt **spondilartropatiile** (spondilita ankilozantă, reumatism psoriazic, artritele reactive, enterocolopatii cronice –b.Crohn şi Colita ulcero-hemoragică), mai ales în stadiile de debut ale acestora, când avem o afectare asimetrică a articulaţiilor, o implicare în procesul inflamator şi a scheletului axial (a joncţiunilor sacroiliace în special), cu apariţia şi a entezopatiilor. Dacă în **spondilita ankilozantă** în stadiile incipiente scintigrafia poate arăta o hipercaptare a RT la nivelul articulaţiilor sacroiliace, uneori asimetrice, cu sau fără afectarea coloanei vertebrale, în **artritele enteropatice** există o afectare simetrică sacroiliacă, cu implicarea atât a coloanei vertebrale, dar şi a unor articulaţii de mari dimensiuni (cu distribuţie asimetrică). De asemenea, în **artritele reactive** putem observa o hipercaptare a RT la nivelul unor articulaţii mici şi mari, dar şi la nivelul coloanei vertebrale.

Faza interstiţială (3-5 min) Faza osoasă (3 ore)

Faza interstiţială (3-5 min) Faza osoasă (3 ore)

În **sacroileite** se poate determina, de asemenea, indicele cantitativ de inflamaţie, prin raportarea radioactivităţii de la nivel sacroiliac la radioactivitatea dintr-o regiune de referinţă, monitorizarea eficienţei terapeutice făcându-se prin urmărirea periodică a acestui indice.

În **osteoartrite** un rol primordial îl joacă radiografia standard, SO fiind însă utilă prin vizualizarea, pe imaginile tardive a unei hipercaptări periarticulare, hiperfixarea fiind proporţională cu severitatea afecţiunii.

În **maladia Paget**, SO este deosebit de importantă atât pentru stabilirea diagnosticului (mono/poliostică), cât şi pentru urmărirea evoluţiei sub tratament, în condiţiile în care modificările radiografice rămân „înghețate".

În **tenosinovite, bursite, faciite plantare** ecografia şi radiografia standard rămân de primă intenţie, SO putând arăta o hiperfixare a RT la nivel lezonal, atât în faza interstiţială, cât şi în cea tardivă, osoasă (mai ales când apar eroziuni osoase secundare, osteite reactive sau scleroze osoase).

Ce trebuie să despre

Prof. Dr. Horațiu Bolosiu
Președinte de onoare al SRR
Tel: 0722.70.49.44
hbolosiu@yahoo.com

Denumirea acestei boli este o combinație de cuvinte latine și grecești, care înseamnă țesut fibros (fibro), mușchi (myo) și durere (algia). Spre deosebire de unele boli reumatice cu care se aseamănă, fibromialgia nu produce distrugerea unor părți ale corpului. Deși nu este o boală gravă, fibromialgia este întâlnită des și este supărătoare mai ales prin faptul că răspunde greu la tratament.

Prin ce se manifestă fibromialgia?

Boala are trei manifestări principale: durere în diverse părţi ale corpului, la apăsarea unor puncte caracteristice (sensibilitate), oboseală, în special dimineața.

Acestora li se adaugă uneori alte câteva simptome:

- tulburări ale somnului (somn neodihnitor),
- înţepeneală, dimineața, la primele mișcări,
- durere de cap,
- diaree alternând cu constipaţie,
- furnicături și amorţeală în degete,
- „picioare neliniștite" (nevoia de a freca picioarele unul de altul),
- durere cu ocazia ciclului menstrual,
- sensibilitate la schimbări de temperatură,
- tulburări de înţelegere și memorie.

Cine și de ce suferă de fibromialgie ?

Fibromialgia este întâlnită mai frecvent la femei (80-90% dintre cazuri). Cauzele nu sunt cunoscute, dar boala se poate moșteni (există cazuri familiale), apare uneori după un eveniment neplăcut (accident sau suprasolicitare psihică) sau este precedată de alte boli reumatice (poliartrită reumatoidă, lupus, spondilită) (fibromialgie secundară). Atunci când nu se poate găsi o cauză, vorbim de fibromialgie primară.

Se pare că manifestările fibromialgiei apar în urma scăderii pragului de percepere a durerii, în sensul că bolnavii reacționează în situaţii în care alte persoane nu ar simţi durerea. Cauza bolii ar putea fi tocmai aceste tulburări de funcţionare a substanţelor care reglează perceperea durerii.

Cum recunoaștem fibromialgia?

Din cauză că durerea și oboseala sunt simptome întâlnite în multe boli, și pentru că acestea nu răspund la „antireumatice", bolnavii cu fibromialgie apelează la mai mulţi medici, fiind „abonaţi la consultaţii medicale". Medicii recunosc greu boala, pentru că nu există nicio modificare vizibilă și nicio examinare de laborator care să o confirme. Adesea, din păcate, doctorii consideră că durerea acestor bolnavi este închipuită, ceea ce este greșit.

Fibromialgia este recunoscută dacă sunt prezente următoarele două criterii:

- Durere fără nici o cauză, localizată undeva în toate cele patru cadrane ale corpului, și care durează mai mult de 3 luni.
- Sensibilitate în cel puţin 11 din cele 18 puncte caracteristice. Apăsarea acestor puncte trebuie făcută în așa fel încât unghia degetului celui care o face să se înălbească, ceea ce înseamnă o presiune locală de 4 kg.

Cum se tratează?

Se consideră că este mai ușor să tratezi un caz grav de lupus decât o fibromialgie, pentru că aceasta din urmă răspunde greu la tratament. Succesul depinde de buna colaborare între pacient și o echipă în care medicul (reumatolog, internist sau medic de familie) este asociat cu un fizioterapeut și chiar cu un psiholog. Este esenţial ca bolnavul să fie informat despre natura reală a bolii sale. Fibromialgia este o boală cronică și poate dura toată viaţa, din fericire fără să se agraveze. De aceea, este potrivit ca bolnavii să învețe să se adapteze la aceasta, fără a li se da false speranţe. Există totuși mijloace de a le ușura suferinţa.

Ameliorare

- exerciţii fizice în aer liber, potrivite posibilităţilor pacientului și progresive (plimbări, mers pe bicicletă, aerobic),

Știm fibromialgie?

- adaptarea activităţilor profesionale,
- alimentaţie raţională,
- optimizarea somnului.
- Sfaturi pentru a avea un somn bun
- Respectaţi regularitatea somnului, culcarea şi trezirea la aceleaşi ore, chiar în zilele libere!
- Evitaţi cafeaua, alcoolul şi ciocolata după amiaza spre seară!
- Faceţi exerciţii fizice zilnic, dar nu cu 3 ore înainte de culcare!
- Nu dormiţi peste zi! Dacă sunteţi obişnuit să o faceţi, nu depăşiţi o oră şi faceţi exerciţii uşoare imediat după trezire!
- Folosiţi patul pentru a dormi! Evitaţi să citiţi sau să urmăriţi programul de televiziune din pat!
- Menţineţi-vă dormitorul întunecat, liniştit şi răcoros!
- Luaţi o cină uşoară! Nu consumaţi seara alimente condimentate sau multe lichide!
- Relaxaţi-vă şi faceţi o baie caldă înainte de culcare!

Tratament medicamentos

Antireumaticele

Medicamentele care combat deopotrivă inflamaţia şi durerea, denumite antiinflamatoare nesteroidiene, nu ameliorează durerea produsă de fibromialgie, pentru că boala este produsă prin alte mecanisme.

Antidepresivele

Acestea sunt probabil cele mai utile în tratarea fibromialgiei, pentru că, prin efectul lor de a creşte unele substanţe produse în creier, provoacă ameliorarea durerii, a oboselii şi a depresiei.

Există trei categorii de antidepresive:

- Antidepresivele triciclice (amitriptilină, ciclobenzaprină) sunt utile dacă se iau seara, în cantităţi mai mici decât cele cu care se obţine efectul antidepresiv în psihiatrie. Astfel, se obţin restabilirea somnului, înlăturarea spasmului muscular şi creşterea secreţiei de endorfine în creier, substanţe naturale care scad durerea.
- Inhibitorii selectivi ai serotoninei (fluoxetin, paroxetin, sertralin) sunt indicaţi atunci când precedentele nu au dat rezultate. Prin efectul lor de a creşte eliberarea serotoninei, acestea reduc oboseala şi alte simptome ale fibromialgiei, dar pot împiedica somnul. Din acest motiv trebuie date în combinaţie cu antidepresivele triciclice.
- Inhibitorii micşti (venlafaxin, neferzodonă) sunt medicamente experimentale în fibromialgie.

Benzodiazepine

Indicaţia acestor medicamente (diazepam, clonazepam, nitrazepam) în fibromialgie urmăreşte ameliorarea somnului, combaterea spasmului muscular şi calmarea „picioarelor neliniştite". Poate apărea fenomenul de obişnuinţă.

Alte metode de tratament

Tratamentele adresate simptomelor asociate fibromialgiei sunt uneori prescrise fără ca să existe dovezi sigure în legătură cu rezultatul:

- fizioterapie,
- acupunctură,
- chiropraxie,
- suplimente nutritive.

Profilaxia și recuperarea în tulburările funcționale

În societatea modernă, individul este supus la numeroși factori ce fac posibilă apariția tulburărilor sistemului musculo-scheletar. Incidența tulburărilor musculo-scheletare în U.E. este semnificativă:

- 33% dintre indivizi semnalează dureri de spate,
- 23% reclamă probleme musculare la nivelul cefei și umerilor,
- 13% reclamă probleme la nivelul membrelor superioare,
- 12% semnalează probleme musculare la nivelul membrelor inferioare.
- În ordinea descrescătoare a procentului de angajați afectați ,riscurile fizice semnificative ce pot da aceste tulburări,la nivelul U.E.,sunt următoarele:
- activități ce presupun mișcări repetitive cu brațele
- lucru în poziții obositoare,staționare,stat în picioare sau mers excesiv
- lucru în condiții de temperatură scăzută.
- Pentru a face o profilaxie corectă, individul trebuie să ia în calcul fiecare element din regimul său de viață. Astfel unele alimente consumate sunt decisive în sinteza anumitor neuromediatori:
- varza,broccoli, conopida, germenii de grâu și alunele stimulează producerea de acetilcolină, implicată în contracția musculară, controlul comportamentului și memoriei
- fasolea, nucile, produsele din soia, ajută la formarea dopaminei, importantă pentru comenzile motorii, emoții, învățare și atenție.

Trebuie evitate:

- suprasolicitarea articulară (duce la uzură)
- încărcarea articulară (ducerea de greutăți, obezitatea)
- frigul, umezeala.

Kinetoterapia profilactică cuprinde totalitatea metodelor și mijloacelor de realizare a tratamentului prin care se urmărește: menținerea unui nivel funcționar satisfăcător, creșterea nivelui funcțional (profilaxie primară sau gimnastică de întreținere, plimbări, jogging, gimnastică aerobică, pentru menținerea stării de sănătate), aplicarea unor programe de prevenire sau de apariție a complicațiilor în unele boli cronice (profilaxie secundară).

Tulburări funcționale ale aparatului musculo-scheletar apar în următoarele patologii:

- boala artrozică sau reumatismul degenerativ, precum: spondiloza cervicală și spondilodiscartroza dorsolombară,nevralgii sau neuropatii algice, algo-parestezice sau algo-paretice (cervicalgii, nevralgie intercostală, lombosciatice), coxartroză, gonartroză, artroze ale articulațiilor degetelor, mâinilor și picioarelor, gleznelor, coatelor.

- reumatismul abarticular (periartroză/periartrită scapulohumerală sau cea coxofemurală) și suferințe ale părților moi, precum mușchii, bursele seroase, tendoanele, ligamentele, capsulele, cartilajele sau meniscurile în context reumatismal sau posttraumatic
- modificările staturo-posturale: scolioze, cifoze, cifo-scolioze, picior plat, hallux valgus, varus echim, degete în ciocan.

Tratamentul balneofizioterapeutic este cel mai important, având cea mai mare eficacitate în aceste tulburări funcționale. Medicina fizicală și de recuperare a devenit o specialitate inovatoare, fundamentată științific.

Tratamentul fizical-kinetic este individualizat și poate cuprinde proceduri precum:

- Hidro-termoterapie
- Electroterapie
- Masaj
- Kinetoterapie de recuperare

Hidro-termoterapia cuprinde proceduri ce dezvolta o mare cantitate de caldura, folosind ca mijloc terapeutic apa sub diferitele sale forme agregare si la diverse temperaturi. Efectele sale sunt:analgezia, hiperemia,hipertermia locala si sistemica, cresterea elasticitatii tesuturilor.

Electroterapia este ramura balneofizioterapiei care foloseste în scop profilactic și curativ curentul electric, sub diferite forme de aplicare și la intensități bine stabilite anterior. Principalele roluri ale sale sunt acelea de a reduce retracțiile și contracturile musculare, de a asupliza musculatura și ligamentele retractate și sclerozate , de a elimina efectele dureroase sau anchilozele. Masajul este o serie de manipulări executate manual, variate și aplicate sistematic la suprafața organismului, în scop terapeutic și profilactic.

Centrul Medical BIO TERRA MED
Str. Pictor Negulici nr. 27,
sector 1, București
Tel: 021/315.15.93; 021/315.15.96
Mobil: 0723.341.001

Dieta pentru prevenirea osteoporozei

În România, 1 din 2 femei și 1 din 5 bărbați prezintă în cursul vieții cel puțin o fractură legată de osteoporoză. În lipsa unei depistări precoce, boala evoluează timp îndelungat fără semne clinice, debutând prin apariția complicațiilor: fracturi (cele mai frecvente: încheietura mâinii, vertebre/ tasări, șold) asociate cu dureri cronice, deformitați și impotență funcțională (anchilozări). Aceasta duce la reducerea semnificativă a calității vieții pacienților.

Osteoporoza poate fi tratată și prevenită cu succes.

Pentru prevenirea osteoporozei, trebuie aplicată o dietă care să contribuie la dezvoltarea sănătoasă și menținerea integrității oaselor. Deoarece de-a lungul vieţii în oase se desfăşoară procese anabolice şi catabolice continue, este importantă asigurarea necesarului de calciu adecvat în funcţie de vârstă. Pentru aceasta, trebuie să cunoaştem produsele alimentare şi mâncărurile bogate în calciu, şi trebuie adaptat stilul de viaţă astfel încât aceste alimente să fie consumate în forme variate în dieta noastră de toate zilele.

Surse

Deși azi mai toată lumea știe că principala sursă de calciu este constituită de laptele și produsele lactate, doar această simplă informație nu este suficientă. Alimentația trebuie să includă, în forme cât mai variate, lapte și alte produse des întâlnite ca produsele acidulate și brânzeturile. Pe de altă parte însa, trebuie să cunoaștem și să consumăm regulat și alte produse bogate în calciu.

Pe lângă preluarea din alimentaţie a calciului necesar, mişcarea şi sportul sunt foarte importante în prevenirea osteoporozei. În cazul persoanelor tinere, activităţile sportive practicate regulat ajută la dezvoltarea armonioasă şi întarirea sistemului osteo-articular şi contribuie la greutate osoasă maximă la cc. 35 ani. La vârstele mai înaintate, în special la femei după menopauză, activitatea sportivă reduce viteza de descompunere osoasă.

Dieta adecvată şi un stil de viaţă activ sunt importante la toate vârstele pentru prevenirea sau tratarea naturală a osteoporezei

Osteoporoza poate fi considerată un proces catabolic patologic când devin mai rari trabeculii care formează structura ţesutului osos. Acest proces trebuie prevenit sau moderat printr-o alimentaţie sănătoasă, printr-un stil de viaţă adecvat şi eventual prin aplicare de medicamente. În mod natural trebuie să se asigure nu numai aportul de calciu, dar şi necesarul de fosfor (şi sodiu, potasiu, magneziu etc.), respectiv necesarul de vitamină D, având rol important în procesele de osificare. Totodată organismul are nevoie de prezenţa cantitativă şi calitativă a proteinelor pentru ca diferitele săruri minerale să poata fi integrate în organism.

În consecinţă, alimentaţia naturală sănătoasă pentru prevenirea osteoporozei trebuie să fie bogată în proteine, calciu, fosfor, vitamina D şi să asigure aportul energetic necesar pentru organism. Se pune accent pe folosirea produselor lactate, a apei minerale şi a altor surse importante de nutrienţi ca peştele, ouăle (zilnic 1-2 bucăţi), legumele şi fructele pe cât posibil cultivate organic.

Luând în considerare conţinutul de calciu în mg Ca/100g aliment, enumerăm câteva produse alimentare bogate în calciu: lapte integral (125), brânză (400-450), caşcaval trapist, şvaizer (1400), conservă de sardine (320), drojdie uscată (130), fasole uscată (115), rădăcină de pătrunjel (200), salată verde (110), conopidă (105), nucă (145), mac (1400), citrice (135), ciocolată cu lapte (180-320), apă minerală Borsec (cc. 36), cafea, ceai (40-50) etc. La introducerea calciului în organism, trebuie sa luăm în considerare cantităţile din diferite surse de alimente care pot fi consumate regulat. Calciul de origine vegetală se absoarbe mai greu din cauza prezenţei unor acizi aflaţi din compoziţia legumelor (acid fitic, acid oxalic) sau din cauza tranzitului intestinal accelerat cauzat de prezenţa celulozei, hemicelulozei. Absorbţia calciului creşte însă în prezenţa acidului lactic.

Produse alimentare bogate în fosfor sunt următoarele (mg P/100 g aliment): şvaizer (380), brânză de vacă (190), carne (230-360), făină de grâu (100), ouă (230), leguminoase uscate (415-550), cartofi (85). De altfel, în majoritatea produselor alimentare găsim săruri de fosfor si fosfaţi.

Produse alimentare bogate în vitamina D sunt următoarele (micrograme vitamină D/100 g aliment): ulei de peşte oceanic (250), conservă de hering (10-25), conservă de sardine (30-50), ficat de vită (1), gălbenuş de ou (2,5), unt (1,2), ciupercă de bălegar (5). Untura de peşte folosită cu scop terapeutic conţine 12 ug vitamină D3 într-un gram produs.

Folosirea produselor alimentare de origine animală şi vegetală cu valoare biologică ridicată, respectiv a mâncărurilor pregătite din produsele alimentare bogate în proteine, Ca, P şi vitamina D, împreună cu un stil de viaţă activ şi cu eventuale suplimente alimentare de calitate, dau şansa prevenirii osteoporozei şi a menţinerii unei bune calităţi de viaţă la orice vârstă.

Prof. ***Dr. Ábrám Zoltán***
UMF Târgu-Mureș, Disciplina de Igienă

Artrita gonococică

Artrita gonococică este determinată de infecţia cu bacteria Neisseria gonorrhoeae (care determină gonoreea).

Simptome

- poliartrita (inflamatia simultană a mai mult de 3 articulaţii) sau monoartrita (inflamaţia atinge o singură articulaţie);
- pustule ;
- tenosinovita (inflamaţia tendonului şi a tecii acestuia);
- culturi pozitive (Neisseria gonorrhoeae) obţinute din prelevarea de urină, lichid sinovial (din interiorul cavităţii articulare), sânge, faringe şi/sau rect;
- nivelul de glucoză din lichidul sinovial (articular) este înjumătăţit faţa de normal.

Cauze

Artrita gonococică este rezultatul diseminării sanguine a unei infecţii gonococice. Uneori, artrita apare în urma extinderii infecţiei dintr-un focar adiacent sau prin implantare directă în articulaţie (inclusiv în urma unor manevre medicale neefectuate corespunzător).

Factori de risc:

- infecţiile extraarticulare;
- traumatisme articulare în antecedente;
- boli cronice grave, asociate de obicei cu apărare imunologică (antimicrobiană) redusă;
- imunosupresoarele (medicaţie care limitează activitatea sistemului imun) sau corticoterapia (cu glucocrticoizi).

Neisseria gonorrhoeae poate fi identificată în părtile umede ale aparatului reproductiv (cervix, uter, trompele lui Fallope la femei şi în uretra la ambele sexe), dar şi în anus, gât sau ochi.

Complicaţii

Au devenit rare, o data cu introducerea antibioticelor:

- pericardita (inflamaţia pericardului);
- endocardita (inflamaţia tunicii interne a inimii);
- meningita (inflamaţia membranei protectoare a creierului);
- osteomielita (inflamaţia oaselor).

Diagnostic

Cu ajutorul:

- culturilor de celule (creşterea celulelor din organism într-un mediu in vitro) extrase din locul infecţiei (mucoasă şi leziunile cutanate); prelevarea de lichid din articulaţie se face prin procedura numită artrocenteză;
- radiografiilor, care cer alte investigaţii de certitudine. Pot evidenţia etapele infecţiilor articulare: inflamaţia ţesutului moale periarticular, edem sinovial (lichid articular în exces) sau efuzie articulară (acumulare anormală de lichid articular), urmate de osteopenie (scăderea densităţii osoase) periarticulară şi atrofie (scăderea în dimensiuni) osoasă;
- scintigrafiei radioizotopice (măsurarea radiaţiilor emise de radiofarmaceutice introduse în organism) poate fi orientativă în cazul articulaţiilor localizate profund.

Tratament

Terapia antibiotică trebuie instituită prompt, de preferinţa parenteral (injectabil).

Imobilizarea articulaţiilor este o soluţie doar la început, când durerile sunt puternice. Ridicarea greutăţilor trebuie evitată până când semnele inflamaţiei dispar.

Analgezicele utilizate NU trebuie să influenţeze starea febrilă a bolnavului.

În funcţie de gradul infecţiei, se poate recurge la aspiraţii articulare repetate (prin artrocenteză, pentru scăderea presiunii intraarticulare) sau drenaj chirurgical (de preferat, în cazul infecţiei la şold, aspiraţiilor articulare ineficiente, lipsei răspunsului local în urma terapiei sau infecţiilor recurente).

Deşi nu pare o complicaţie gravă a gonoreei, artrita gonococică poate afecta substanţial viaţa pacientului. Nu trebuie ignorată importanţa bolilor cu transmitere sexuală şi trebuie investigată orice problemă la nivel articular.

Dr. Claudia Rusu

Bibliografie:

-Kayser. Medical Microbilogy. Stuttgard: Thieme, 2005;

-Keystone J, Walmsley L. Infectious Diseases;

-Paget S A, Gibofsky A, Beary J F III, Pellicci P. Manual of Rheumatology and Outpatient Orthopedic Disorders: Diagnosis and Therapy : Division of Rheumatic Diseases, Department of Orthopedic Surgery, Hospital for Special Surgery, Cornell University Medical College, New York City 4th edition (February 2000). Lippincott, Williams & Wilkins;

- http://www.cdc.gov/std/gonorrhea/stdfact-gonorrhea.htm;

- http://medicaldb.blogspot.com/2011/05/gonococcal-arthritis.html ;

- http://nethealthsite.com/diseases-with-g/152-gonococcal-arthritis-.html .

SRR

Societatea Romana de Reumatologie

Al XX-lea CONGRES NAȚIONAL DE REUMATOLOGIE

www.srreumatologie.ro

BIBLIOTECA NAȚIONALĂ A ROMÂNIEI

25-28 septembrie 2013
București

Secretariat organizatoric:
Ella Congress&Events
Tel.: 021 3156511, Fax: 021 3156537

Persoane de contact:
Ana-Maria Chiriac (ana.chiriac@ella.ro) - 0748100281
Laura Sandu (laura.sandu@ella.ro) - 0742355773

MK7 Vitamina K_2 naturală

BONEXIO K_2

Pentru reconstrucția corectă a oaselor

Respectă conceptul de calitate osoasă: funcționalitatea și arhitectura

healthadvisors