248

săptămâna MEDICALĂ

Anul XV • Nr. 248 • Mai 2020

4.75 lei

Manifestări Oftalmologice în infecția cu SARS-COVID 19

Microbiota intestinală

Alfabetizarea în domeniul sănătății

Reabilitarea medicală în fibromialgie

Glaucomul 6

Menține-ți greutatea 8

Gemoterapie pentru o digestie eficientă 12

Tratamentul formelor avansate de hallux valgus (monturi) 16

Intervenția medicului în cazul traumelor la sportivi • Pag. 22

Despre boala artrozică • Pag. 28

5 948377 000122 00248

Lactoflorene®
ABDOMEN PLAT

Recapătă-ți **echilibrul interior!**

BALONAREA ABDOMINALĂ

Extractele de ROINIȚĂ, MUȘEȚEL, GHIMBIR

- susțin digestia normală, stimulează secreția sucurilor digestive;
- calmează greața;
- au efect carminativ (calmează durerile abdominale și favorizează evacuarea gazelor intestinale).

STRESUL COTIDIAN

Extractele de ROINIȚĂ și PASSIFLORA

Susțin relaxarea și bunăstrarea psihică, normalizează tonusul mental.

ECHILIBRUL FLOREI INTESTINALE

FERMENȚII LACTICI VII

Bifidobacterium lactis HN019

Lactobacillus acidophilus NCFM

- reglează tranzitul intestinal;
- efect benefic în cazul tulburărilor gastro-intestinale: disconfort abdominal, crampe, flatulență, balonare și modificări ale tranzitului intestinal;
- Lactobacillus acidophilus NCFM facilitează digestia lactozei la persoanele cu intoleranță la lactoză.

TULBURĂRI DE DIGESTIE

Maltodextrina de fermentație 40 mg (Protează, Lipază, Amilază)

Asigură funcționarea normală a procesului digestiv.

Alpha-Galactozidaza 20 mg

Ajută la diminuarea gazelor intestinale și a balonării abdominale.

Lactază 5 mg

Hidrolizează lactoza și alte β - D galactopiranozide conținute de lapte și derivatele lui, făcând-o mai ușor digerabilă.

Acțiune sinergică între fermenții lactici, extractele standardizate din plante și enzimele digestive.

Descoperă lejeritatea zilnică!

Acesta este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul.

RO - LabdPL 01/2020 -5

MONTEFARMACO OTC S.p.A., BOLLATE – Sucursala București
Str. Traian Popovici, nr. 79-91, Bl. "Le Fontane", sector 3, București. Tel.+4031 426 03 62

MONTEFARMACO
Are grijă de sănătatea ta

CEREM Depolitizarea Sănătății!

Societatea românească este condusă de "oameni așa ziși politici" iar cei de la conducerea sectorului medical sunt numiți tot politic. Din păcate acești conducători nu au fost selectați printr-un proces de învățământ continuu, desfășurat de-a lungul întregii vieți, la nivelul exigențelor din medicină. În timp ce în politică se mai strecoară „personalități" chiar și fără studii superioare, educația unui viitor medic începută în liceu, se continuă cu un examen de admitere, o „selecție de maximă exigență". Acei viitori medici în așa zisa azi „LINIE întâi" parcurg 5 sau 6 ani de învățământ superior și după această perioadă urmează încă o perfecționare denumită „rezidențiat" pe parcursul altor 4-5-6 ani de examene grele și aprofundare a unui anumit domeniu medical, după care abia acum obțin un titlu de medic specialist într-o anumită specialitate, care de fapt le dă dreptul de a trata un pacient. Dar, adevărata specializare continuă, în diferite clinici, așa zise supraspecializate. Titlul de medic primar adică cel mai înalt grad profesional la care poate ajunge un medic se obține și el printr-un examen dificil după aproape 10 ani de „supraspecializări". Treptele ierarhiei universitare, de la asistent universitar până la profesor universitar și șef de disciplină sau catedră se poate parcurge în paralel. Mai mult, statutul de medic oriunde s-ar situa în ierarhia profesională presupune un up-grade continuu în practica de zi cu zi din spital, din comisia oncologică, de la raportul de gardă, în care se discută întreaga cazuistică și la nenumărate consfătuiri și evenimente științifice care au loc în toată lumea și cu care medicul trebuie să se mențină permanent în contact pentru a fi la zi cu ceea ce înseamnă cunoaștere medicală pe mapamond.

Nici un om politic sau ajuns pe cale politică la vârful societății și care de pe poziția sa ia decizii care ne afectează pe toți, nu a trecut prin atâtea filter de maximă exigență, nu a parcurs un traseu de instruire continuă și de validare permanentă și de aceea credem că este nedemn de a conduce destinele medicinei din România.

Prof. dr. Ioan Christian Chiricuță,
medic oncologie-radioterapie

săptămâna
MEDICALĂ

Cuprins

Manifestări Oftalmologice în infecția cu SARS-COVID 19 4
Glaucomul 6
Menține-ți greutatea cu ajutorul remediilor Ayurmed! 8
Microbiota intestinală 10
Gemoterapie pentru o digestie eficientă 12
Alfabetizarea în domeniul sănătății 14
Tratamentul formelor avansate de hallux valgus (monturi) 16
Un trio natural imbatabil- stimulează imunitatea, efect antiviral, susține sănătatea aparatului respirator 17
Profilaxia antitrombombolică în protezarea șoldului și genunchiului 18
Aspecte Clinice și Terapeutice în Pseudartrozele Diafizare ale Membrelor Inferioare 20
Intervenția medicului în cazul traumelor la sportivi 22
Reabilitarea medicală este cea care răspunde în final de funcționalitatea pacientului! 23
Relația medicină complementară - reabilitare medicală 24
Rolul reabilitării medicale în fibromialgie 26
Despre boala artrozică 28
Durerea lombară cronică și tulburarile depresive secundare. cum putem interveni? 30
Revizia chirurgicală în protezele de șold infectate 31

Foto revistă: Shutterstock

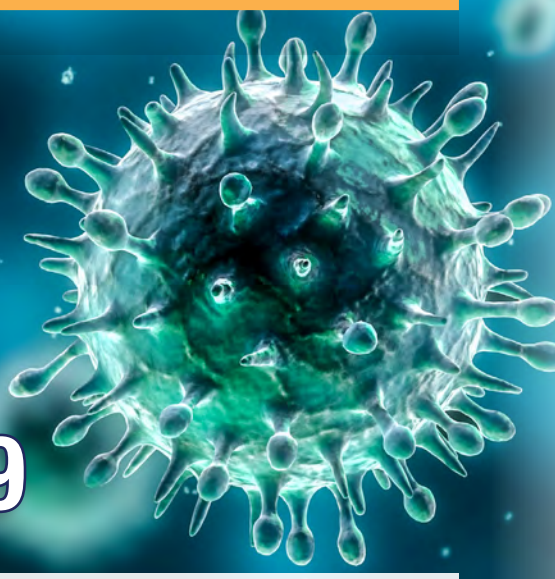
Coordonator medical: Dr. Aurora Bulbuc, medic primar Medicină de familie

Editor: Fin Watch
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

Tiraj: 15.000 ex.
ISSN 2067-0508

FIN WATCH

Manifestări Oftalmologice în infecția cu SARS-COVID 19



Pandemia cu Covid 19 ne-a schimbat tuturor viața în mod rapid, luându-ne prin surprindere. Suntem în perioada în care medicina și oamenii de știință implicați încearcă să definească, prin analizarea cazurilor pacienților infectați, toate manifestările infecției cu Covid 19. S-au publicat în ultimele luni articole pe baza cărora a fost construit o parte din conținutul informațional ce urmează.

Dr. Daniela Cioplean,
Clinica Oftalmologică
Oftapro

Literatura publicată semnalează faptul că virusul poate provoca conjunctivită foliculară, ceea ce indică faptul că SARS-CoV-2 poate fi transmis prin intermediul aerosolilor care intră în contact cu conjunctiva. Se suspectează serios pătrunderea virusului în organism prin secreția conjunctivală, motiv pentru care ochelarii de protecție sunt obligatorii la persoanele care intră în contact cu pacienți infectați sau potențial infectați. În general, foarte multe infecții virale pot da manifestări oftalmologice și aici putem menționa: virusul rujeolic, herpetic, Epstein-Barr, citomegalovirus etc. Potențial, majoritatea infecțiilor virale pot afecta ochiul atât la nivelul suprafeței cât și în profunzime, la nivelul uveei, retinei sau nervului optic, deci aceste manifestări nu sunt surprinzătoare.

Un studiu publicat de către colegii oftalmologi din China a detectat prezența conjunctivitei la unul din 30 de pacienți infectați internați, detectându-se prezența virusului în secrețiile oculare.

Alte studii, pe un număr mare de pacienți indică prezența unei inflamații a conjunctivei la 9 din aproximativ 1000 de pacienți, informațiile venind tot din China.

Aparent, aceasta roșeață și inflamare a conjunctivei pare să fie un semn frecvent și precoce la pacienții în vârstă care au dezvoltat ulterior simptome respiratorii de COVID-19 deci ipotetic poate fi un semn premonitor de infectare.

Nu înseamnă neapărat că ochii roșii sau disconfortul ocular sunt obligatoriu semne de infecție cu COVID, deoarece majoritatea pacienților vârsnici au inflamații cronice ale suprafeței oculare generate de uscăciunea oculară sau alte cauze obișnuite la această vârstă. Nu e mai puțin adevărat că o viroză respiratorie poate fi frecvent acompaniată de conjunctivită.

Pacienții afectați se prezintă frecvent în clinici de oftalmologie sau secții de urgență. Acest fapt crește probabilitatea ca oftalmologii să fie primii care evaluează pacienții posibil infectați cu SARS CoV-2. Din acest motiv, există protocoale de examinare oftalmologică în perioada

pandemiei care impun purtarea obligatorie a măștii de protecție de către personalul medical și în special de către medicul oftalmolog, halate sau salopete, ochelari de protecție (pentru noi, oftalmologii, vizierele sunt inutile deoarece reduc vizibilitatea și nu permit examinarea la microscop), mănuși de protecție, ecrane de protecție ale aparatelor de examinare, dezinfecția sistematică și agresivă a echipamentelor utilizate după fiecare pacient, evitarea manevrelor oftalmologice care implică atingerea ochiului sau a pleoapelor și o distanță foarte mică de pacient, cum este de exemplu aplicarea lentilelor de contact în situația în care acest lucru poate fi amânat până la normalizarea situației.

Statistic vorbind, oftalmologii fac parte din categoria cea mai expusa la infectare, după medicii din secțiile de Boli Infectioase, Terapie Intensivă, ORL-iștii și stomatologii stomatologi.

Deși nu sunt multe articole publicate încă, mulți oftalmologi din străinătate, în special Spania și Franța, au sesizat la pacienții cu forme serioase de infecție cu Covid-19 și manifestări oftalmologice.

Pierderea gustului și a mirosului de către unii pacienți infectați indică neurotropismul acestui virus, deci tendința lui de a agresa sistemul nervos. Formele de manifestare sunt diverse iar afectarea oculară a fost semnalată de colegii oftalmologi care au fost în contact cu pacienții cu forme medii sau severe de boală sau, interesant, pacienți la care singura manifestare a fost una oculară. Una din cele mai frecvente afecțiuni oftalmologice de cauză Covid-19 observate a fost afectarea nervului optic cu scăderea vederii și paralizii ale mușchilor extraoculari, însoțite de vedere dublă, o parte dintre cazuri fiind reversibile. Este foarte greu în acest moment să tragem concluzii deoarece focusul este concentrat, la pacienții cu forme severe de boală, pe cuparea fenomenelor inflamatorii care duc la cascada afectării multiple de organe începând cu sistemul respirator iar celelalte fenomene nu sunt prioritare, fiind o consecință a afectării sistemului nervos.

De la izbucnirea epidemiei, am păstrat o legătură foarte strânsă cu colegii oftalmologi de pe multe meridiane, având posibilitatea de a afla noutăți și observații direct de pe «câmpul de lupta» împotriva Covid-19.

Timpul nu a permis încă prelucrarea tuturor datelor și prin urmare nici publicarea unor articole care să ne lumineze concret în privința afectării oftalmologice dar, cu certitudine, în următoarea perioadă ne vom confrunta în continuare cu forme de afectare oftalmologică, mai mult sau mai puțin severe, dat fiind că va trebui să ne «obișnuim» cu acest virus și să ne construim imunitatea specifică împotriva lui.

Specialiștii explică absența formelor grave la copii prin plasiticitatea și imaturitatea sistemului imunitar care se adaptează «din mers» dar asta nu înseamnă că ei nu pot vehicula sau transmite virusul. Din acest motiv, colegilor oftalmologi care lucrează cu copii le recomandăm să fie în gardă, suntem mai expuși decât cei care lucrează cu adulții. «O simplă răceală» poate să ne aducă în cabinet sau în clinică un vector contagios. Este ferm recomandat ca pacienții mici sau mari cu manifestări respiratorii și/sau febră să fie direct îndrumați către centrele oftalmologice desemnate să primească pacienți potențiali infectați cu Covid-19. Triajul telefonic și completarea responsabilă a datelor care indică contactul cu potențiale focare la intrarea în clinică pot să reducă major riscul de infectare.

Cu certitudine, o atitudine responsabilă, informarea continuă a personalului medical, respectarea protocoalelor, investiția în echipamente de protecție adecvate și educarea pacienților prin atitudine pozitivă, respectarea strictă a regulilor, dezinfecția și sterilizarea, toate lucrurile pe care sistemul medical ar fi trebuit să le respecte până în prezent și altele noi, specifice, toate aceste lucruri ne vor ajuta să trecem cu bine și cu cât mai puține pierderi peste această pandemie care, se pare, ne-a prins foarte nepregătiți pentru secolul în care oamenii zboară spre Marte, transplantează organe sau creează organe artificiale sau teleportează fotoni…

OFTAPRO
CLINICĂ OFTALMOLOGICĂ
OPHTHALMOLOGY CLINIC
Recepție: 0764 740 081
0730 593 534
Optică: 0799 930 107
E-mail: office@oftapro.ro
optica@oftapro.ro
Oftapro-Clinică Oftalmologică
Bd. Mărăşeşti, Nr. 15, Sector 4, Bucureşti
www.oftapro.ro

Glaucomul

Glaucomul este o boală oculară caracterizată prin afectarea progresivă (în lipsa tratamentului) și ireversibilă a nervului optic, fiind a doua cauză de orbire la nivel mondial. Există mai multe tipuri de glaucom, dar voi menționa aici glaucomul primitiv cu unghi deschis, care este mai frecvent întâlnit și glaucomul primitiv cu unghi închis – forma acută, care reprezintă o urgență oftalmologică.

Dr. Irina Lutic
Medic primar oftalmolog
Clinica Ama Optimex

Cauze și simptome

Glaucomul primitiv cu unghi deschis (GPUD) - în prezent nu se știe exact cauza apariției acestei forme de glaucom, dar printre factorii de risc implicați în apariția lui sunt: valoarea tensiunii oculare, vârsta peste 50 de ani, istoricul familial (rudele pacienților cu glaucom au un risc mai mare de a dezvolta această boală), miopia (risc mai mare de 2-4 ori). GPUD este, în general, o boală asimptomatică până în stadiile avansate, când pacientul poate sesiza îngustarea câmpului vizual. Evoluția este bilaterală, dar asimetrică, ceea ce face ca unul din ochi să fie mai afectat decât celălalt.

Glaucomul primitiv cu unghi închis (GPUI) - în această formă de glaucom creșterea tensiunii oculare apare ca o consecință a blocării eliminării umorului apos prin închiderea parțială sau completă a unghiului irido-cornean. Între factorii de risc implicați în apariția lui se regăsesc: vârsta (mai frecvent după vârsta de 60 de ani), genul (risc mai mare la femei), istoricul familial, factori de risc oculari (ex: lungime mai mică a axului antero-posterior ocular). Forma acută a GPUI (atacul de glaucom) se manifestă prin scăderea rapidă, progresivă a vederii unui ochi, asociată cu durere oculară și înroșirea ochiului. Pacienții pot prezenta și stare de greață și vărsături. Reprezintă o urgență oftalmologică deoarece, în absența tratamentului instituit precoce, afectarea nervului optic este severă mergând până la pierderea totală a vederii, într-un interval foarte scurt de timp.

Diagnostic

Cu excepția atacului de glaucom în care diagnosticul este în esență un diagnostic clinic, în celelalte forme de glaucom diagnosticul de certitudine se bazează pe examenul clinic și investigații specifice. Examinarea clinică presupune: evaluarea acuității vizuale, evaluarea reflexelor pupilare și a proiecției/percepției luminoase, tonometrie (măsurarea tensiunii oculare), examen biomiscroscopic, gonioscopie, examenul fundului de ochi. Printre investigațiile folosite uzual în diagnosticarea și monitorizarea pacienților cu glaucom se regăsesc: câmpul vizual, tomografia în coerență optică, pahimetria, Pentacam de unghi irido-cornean. Aceste investigații se vor repeta periodic, conform indicației medicului oftalmolog curant, în funcție de severitatea glaucomului și stabilitatea afecțiunii cu tratamentul recomandat.

Tratament

Alegerea tratamentului se va face în funcție de tipul și severitatea glaucomului, vârsta, complianța pacientului și alți factori asociați. Există următoarele tipuri de tratament: medicamentos (picături ce se administrează zilnic la ore fixe), tratament laser (subciclofotocoagulare laser, trabeculoplastie, iridotomie), tratament chirurgical (trabeculectomie, chirurgie minim invazivă, dispozitive artificiale de drenaj). Prin tratament se urmărește scăderea tensiunii oculare la un nivel la care boala să nu mai progreseze. Deși este o boală cu potențial evolutiv, monitorizarea periodică și tratamentul adecvat pot ține afecțiunea sub control.

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

Bio Active MC,
produs japonez de excepţie!

Am ţinut legătura cu doi dintre pacienţi şi iată ce ne-au comunicat:

Cazul 1

Doamna din Bacău, cu vârsta de 75 ani, având o tumoră neoperabilă pe coloană, cu dificultăţi de deplasare şi prezentând iniţial stări de rău constante. După 3 luni de consum al Bio Active MC Oyama Agaricus, câte 3 pliculeţe/zi, tumora a scăzut 1,5 cm, durerile au mai lăsat-o, astfel încât reuşeşte să fie activă şi să se deplaseze prin casă cu ajutorul cârjelor.

Cazul 2

Doamna din Arad, cu vârsta de 55 ani, care avusese o tumoră la sân şi pe care o operase, a decis să consume câte 2 pliculeţe/zi de Bio Active MC Oyama Agaricus pentru a preveni reapariţia problemei. Acum, după 1 an de la operaţie, se simte bine şi face în continuare controale periodice.

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

Veste bună pentru pacienţii din Iaşi, Bacău şi Neamţ: din luna iunie Bio Active MC se găseşte şi în farmaciile Sfântul Spiridon din Iaşi, Bacău şi Piatra Neamţ!

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

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

De ce Bio Active MC?

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

Menține-ți greutatea cu ajutorul remediilor Ayurmed!

Obezitatea este din ce în ce mai frecventă în rândul oamenilor, ea manifestându-se în ultima perioadă încă de la vârste fragede. Aceasta poate duce la apariția unor boli cronice severe: bolile cardiovasculare, diabetul zaharat, insuficiențe respiratorii, etc. În mod normal, corpul uman conține un procent de 15 - 20 % de țesut adipos la bărbați și un procent de 25 - 30 % la femei. Pentru a putea diagnostica un pacient și pentru a-l încadra în anumite categorii de risc, Organizatia Mondială a Sănătății (OMS) a definit și clasificat grade de obezitate, pe baza IMC (indicele de masă corporală) calculat prin raportul greutate/înălțime2, astfel:

Farm. Ing. Liviu Florian Horoba
Manager
Departament Cercetare
Star International Med

- Valori normale ale IMC sunt 24 - 26 kg/m2 pentru femei și 24 - 27 kg/m2 pentru bărbați.
- Persoanele cu IMC cuprins între 25 - 29,9 kg/m2 au fost definite ca supraponderale
- Gradul 1 de obezitate – IMC: 30 - 34,9 kg/m2
- Gradul 2 de obezitate - IMC: 35 - 39,9 kg/m2
- Gradul 3 de obezitate – IMC: egal sau peste 40 kg/m2
- Un IMC mai mic de 18 kg/m2 reprezintă un diagnostic de denutriție.

Stresul cotidian, lipsa educației alimentare, consumul crescut de alcool, determină apariția obezității, datorită producerii de tulburări de comportament alimentar. Cele mai frecvente: gustări interprandiale cu un bogat conținut caloric, consumul de dulciuri, mese după ora 19, consumul crescut de alcool, bulimia, hiperfagia. Mai importantă decât toate acestea, pare însă scăderea gradului de activitate fizică.

Starea de obezitate este rezultatul unui dezechilibru între energia de aport (valoarea calorică a alimentelor ingerate) și consumurile energetice (energia consumată în activitatea fizică și metabolismul bazal, termogeneza). Cheltuiala energetică de repaus este dată de metabolismul bazal, efectul termic al alimentelor, procesul de creștere și termogeneza de adaptare la cald și frig. Metabolismul bazal reprezintă energia necesară menținerii funcțiilor vitale și homeostaziei în condiții de repaus absolut și reprezintă între 60 și 75 % din consumul energetic zilnic. Valoarea metabolismului bazal la adultul normoponderal (70 kg) este de circa 1 kcal/kg/oră, adică 1680 kcal pe zi. O scădere minimă în timp a metabolismului bazal poate determina pe termen lung creșterea în greutate. Odată cu înaintarea în vârstă, rata metabolismului bazal scade cu 2 - 3% la fiecare decadă, iar necesarul caloric pentru procesul de creștere este redus la 1 % din cheltuiala energetică zilnică.

Obținerea greutății dorite presupune o dietă hipocalorică, corecția tulburărilor de comportament alimentar, exerciții fizice, farmacoterapie, intervenții chirurgicale etc.

În general, se recomandă o dietă cu deficit de 500 kcal/zi față de aportul alimentar anterior, estimându-se o scădere ponderală cu 5 - 10 % din greutatea inițială într-o perioadă de 3 luni. Structura dietei va consta în 55 - 60 % glucide, 25 - 30 % lipide și 12 - 17 % proteine. Se va interzice consumul de alcool. Aportul de fibre alimentare va fi de cca 30 g și de sare sub 6 g.

Farmacoterapia este necesară pacienților la care nu s-a reușit obținerea greutății corporale stabilite prin terapii nefarmacologice.

Ayurveda consideră că: un sistem digestiv sănătos este esențial pentru sănătate. Plante "ayurvedice" cu potențial cunoscut în terapiile folosite pentru reglarea metabolismului și scăderea în greutate sunt:

- **Garcinia cambogia** – acidul hidroxicitric din fruct susține reducerea poftei de mâncare, menține nivelul normal al colesterolului și glucozei sanguine, împiedică transformarea glucidelor în lipide și depunerea acestora.
- **Commiphora mukul** - fitonutrienții din rășină reglează nivelul hormonilor tiroidieni susținând metabolismul lipidic și creșterea utilizării energiei. Împiedică transformarea carbohidraților în trigliceride și depunerea lor în țesutul adipos.
- **Tinospora cordifolia** - are

proprietăți hepatoprotectoare, reglează cantitatea de enzime hepatice și concentrația de bilirubină serică. Ajută la procesul de reglare a glicemiei serice.

- **Piper longum** - favorizează creșterea absorbției substanțelor nutritive la nivelul tubului digestiv și contribuie la reglarea tranzitului intestinal.

- **Glycyrrhiza glabra** - fitonutrienții conținuți (ex: glabridin) suprimă procesul de formare a grăsimilor și susțin enzimele implicate în metabolizarea grăsimilor la nivelul ficatului.
- **Zingiber officinalis** - este stimulent al secreției enzimatice digestive la nivelul tractului digestiv. Normalizează fluxul biliar, susține tranzitul intestinal și ajută la atenuarea senzației de balonare prin eliminarea gazelor.
- **Terminalia chebula** – fitonutrienții conținuți asigură normalizarea acidității și integrității mucoasei gastrice, susțin metabolismul lipidic, procesele de detoxifiere la nivelul ficatului și funcționarea normală a tranzitului intestinal.
- **Terminalia belerica** – susține funcționarea normală a tranzitului intestinal și procesele de detoxifiere la nivelul ficatului, asigură integritatea mucoasei gastrice și normalizarea acidității.
- **Emblica officinalis** - fructele au un conținut foarte ridicat de vitamina C, minerale (calciu, fosfor, fier), aminoacizi (prolină, alanină, lizină, acid aspartic), flavonoide (quercetin, kemferol), taninuri (acid galic, acid elagic, galotaninuri, emblicanin A și B) cu proprietăți antioxidante. Stimulează sistemul enzimatic antioxidant endogen, susține digestia, tranzitul intestinal normal și procesul de detoxifiere al organismului.

Toate aceste plante cunoscute ca remedii naturale au fost utilizate în realizarea unui produs ayurvedic sub formă de tablete, cu proprietăți în menținerea greutății normale, de către specialiștii **STAR INTERNATIONAL MED.**

SLEMOL™ – este un supliment alimentar care contribuie la menținerea greutății corporale, asigurând un echilibru fizic și psiho-emoțional optim. Complexul de fitonutrienți din plante ajută la reglarea apetitului sub aspectul suprimării poftei de mâncare excesive, menținerea unei digestii normale și a unui tranzit intestinal ce asigură eliminarea naturală a toxinelor de la nivelul colonului. Susține funcționarea sistemului endocrin, fiind asfel asigurată sănătatea și vitalitatea întregului organism. Principiile active din plantele conținute de **SLEMOL™** contribuie la menținerea normală a transformării glucidelor în lipide, depunerea acestora în organism și creșterea nivelului energetic prin intensificarea arderilor carbohidraților și lipidelor la nivel celular. Complexul de substanțe din produs susține procesele de detoxifiere la nivelul ficatului prin menținerea

sistemului enzimatic intern și susținerea fluxului biliar. **SLEMOL™** împiedică apariția stresului oxidativ și a proceselor degenerative prin aport extern de antioxidanți și menținerea nivelului enzimelor antioxidante endogene.

Mod de utilizare și doza recomandată:

Adulți: câte 1-2 tablete de 3 ori pe zi. Se administrează cu 30 de minute înainte de mesele principale, cu un pahar de apă călduță, timp de minimum 1 lună, optim 3 luni.

Se poate administra și copiilor, sub stricta îndrumare a medicului specialist.

ayurmed

STAR INTERNATIONAL MED
www.ayurmed.ro
www.star-ayurveda.ro
natural@star-ayurveda.ro
0722 750 111
021 313 94 81

Microbiota intestinală

- implicaţii digestive şi extradigestive

Microbiota intestinală este constituită din totalitatea microorganismelor (bacterii, virusuri, protozoare ș.a.) din lumenul intestinal. Microbiomul include și informația genetică a acestor microorganisme, cât și totalitatea ecosistemelor microbiene. Cu toate că, a doua noțiune o include pe prima, ele se folosesc în mod curent, chiar și de către gastroenterologi, ca sinonime. Cu această microbiotă noi trăim într-o simbioză perfectă, fără de care viața noastră nu ar fi posibilă.

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

Microbiota se formează din momentul naşterii, intestinul fetal fiind steril şi diferă deja în funcţie de tipul naşterii: la nou-născuţii prin naştere naturală primul contact va fi cu flora vaginală maternă, formându-se un anumit tip de microbiotă, iar la cei născuţi prin cezariană primul contact va fi cu flora maternă tegumentară, formându-se alt tip de microbiotă. Microflora se dezvoltă apoi mai ales sub influenţa hranei, un moment important fiind diversificarea acesteia la sugar şi sub influenţa altor factori de mediu. La adult microflora este aproape specifică pentru fiecare individ, fiind numită chiar „a doua amprentă". Densitatea microbiotei creşte în intestinul gros, ajungând la aproximativ 5000 de specii, adică aproximativ 100 trilioane de celule, ceea ce înseamnă de 10 ori mai mult decât totalitatea celulelor proprii organismului uman. Informația genetică a microbiomului depășește chiar de 100 de ori informaţia genomului uman!

Funcţiile microbiotei se pot grupa în funcţii metabolice, protectoare şi de structură. Funcţiile metabolice sunt multiple: formarea de energie din polizaharidele nedigerabile prin fermentare, sinteză de aminoacizi, de acizi grași cu lanţ scurt (aceştia contribuie la protecţia peretelui intestinal, la lipogeneză și sinteză de colesterol), de vitamine B, K, absorbţie de apă și săruri, interacţiuni cu metabolismul acizilor biliari, influenţând astfel homeostazia glucozei și a colesterolului ș.a. Funcţiile protectoare constau în prevenirea colonizării cu floră patologică prin sinteză de polipeptide antimicrobiene cât și prin competiţie directă, în reglarea unor limfokine inflamatoare, în crearea și dezvoltarea sistemului imun local. Funcţia structurală constă în modularea stratului de mucus care constituie bariera antiinflamatoare.

În mod normal microbiota este în stare de eubioză, adică într-o simbioză relativ stabilă, de echilibru cu organismul gazdă. Pot apărea însă stări de disbioză, când acest echilibru al florei microbiene este conturbat prin diferiţi factori: infecţii bacteriene, virale sau fungice, modificări bruște de mediu sau dietetice, tratamente medicamentoase (mai ales antibiotice), stări de imunodeficienţă, alte afecţiuni.

Stările de disbioză au rol determinant în infecţii intestinale acute (enterocolite acute) și cronice (boala Whipple, tuberculoza intestinală, sprue), în sindromul intestinului subţire contaminat, respectiv în sindromul intestinului scurt, dar și în alte boli digestive și extradigestive. O infecţie intestinală, a cărei incidenţă a crescut mult în ultimii ani în

toată lumea, este infecţia cu Clostridium difficile (colita pseudomembranoasă) care a devenit chiar o problemă de sănătate publică. Doar într-un singur an în UE s-au cheltuit 3 miliarde de Euro pentru aceşti pacienţi.

În toate aceste cazuri este importantă restabilirea stării de eubioză. Aceasta se obţine prin administrare de probiotice, prebiotice, sinbiotice, simbiotice sau antibiotice.

Probioticele sunt bacterii de tipul Bifidobacterium, Lactobacillus, Lactococcus, Bacteroides, Enterococcus, Escherichia, Faecalibacterium, Propionibacterium, Saccharomyces ş.a. care au efect imunomodulator (inhibă factorii proinflamatori şi stimulează factorii antiinflamatori) şi structural, crescând bariera intestinală.

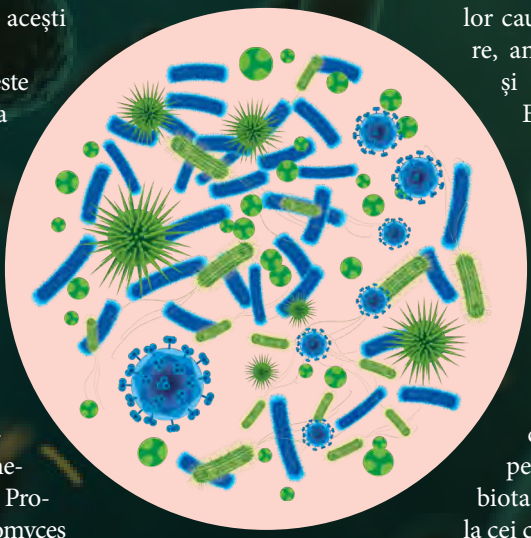
Prebioticele sunt glucide nondigerabile (inulină, lactuloză, fructo- şi oligozaharide) care, datorită rezistenţei lor la digestie, sunt fermentate de microbiotă, rezultând acizi graşi cu lanţ scurt, care prin scăderea pH creează un mediu ostil germenilor patogeni. De asemenea, reduc permeabilitatea şi inflamaţia intestinală. S-a descris şi o stimulare selectivă a creşterii Lactobacilii şi Bifidobacteria.

Sinbioticele sunt combinaţii între un pro- şi un prebiotic.

Simbioticele sunt combinaţii între două probiotice.

Antibioticele folosite sunt cele cu absorbţie foarte redusă (Rifaximina sau Neomicina).

Mai ales în infecţia cu Clostridium difficile se foloseşte cu succes din ce în ce mai frecvent transplantul de microbiotă fecală.



În afara infecţiilor intestinale, microbiota are implicaţii şi în alte afecţiuni digestive. În intestinul iritabil prin intermediul axei microbiotă-intestin-creier se produc interacţiuni complexe între microbiotă şi sistemul nervos central, sistemul neuro-endocrin, sistemul neuro-imun, sistemul nervos autonom şi sistemul nervos enteric. Astfel, microbiota intervine în răspunsul la stres (prin axul hipotalamo-hipofizar-adrenal), în anxietate, memorie, comportament, cât şi în funcţiile intestinale. Tocmai prin acest ax microbiota influenţează şi patogeneza intestinului iritabil, în care factorii psiho-sociali au importanţă deosebită. Studiile pe materii fecale au demonstrat o microbiotă diferită la cei cu intestin iritabil, faţă de cei normali. Modificările de Lactobacillus şi Veillonella se asociază cu o hiperproducţie de acizi graşi cu lanţ scurt care determină producerea de gaze care la rândul lor cauzează meteorism, durere, anxietate, emoţii negative şi scăderea calităţii vieţii. Există diferenţe de microbiotă şi în diferitele forme de intestin iritabil. Astfel în forma D (cu predominanţa diareei) sunt crescute Proteobacteria şi Firmicutes în dauna Actinobacteria şi Bacteroides. Studiile pe mucoasă arată că, biofilmul, pe care îl formează microbiota, este diferit la normali, la cei cu intestin iritabil şi la cei cu boli inflamatoare intestinale. În intestin iritabil sunt mai evidente Eubacterium rectale şi Clostridium coccidis.

În bolile inflamatoare intestinale disbioza se cartacterizează prin creşterea Enterobacteriacae şi scăderea Firmicutes, prin scăderea diversităţii şi stabilităţii microbiotei în general, prin alterarea compoziţiei ei, cu proprietăţi mai mult proinflamatoare decât imunoreglatoare. Sunt şi diferenţe între cele două forme de boli intestinale inflamatoare. În boala Crohn scade Faecalibacterium prausnitzi şi Bifidobacterium, corelate invers cu activitatea bolii, iar colita ulceroasă se caracterizează prin scăderea Clostridium coccoides şi Clostridium leptum.

Continuare în numărul viitor.

Gemoterapie pentru o digestie eficientă

De buna funcționare a tubului digestiv – stomac, intestine – și organe anexe, cum sunt ficatul și vezicula biliară, depinde și starea noastră generală de bine. Tubul digestiv este considerat „al doilea creier" al corpului nostru, un univers în centrul organismului, înconjurat de peste 100 de milioane de celule nervoase și populat cu miliarde de bacterii diverse care, atunci când sunt în echilibru, ne susțin starea de sănătate, la nivel fizic și psihic.

Farm. Carmen Ponoran
www.plantextrakt.ro
www.gemoterapie.ro

Gemoterapia este o terapie naturală care poate asigura starea de echilibru de la nivelul sistemului digestiv, prin acțiunea reglatoare a celulelor stem vegetale din părțile tinere de plante (muguri, mlădițe).

Vă propunem o cură de întreținere cu complexe gemoterapice din gama Polygemma, pe care le puteți selecta în funcție de sensibilitățile pe care vi le-ați identificat la nivelul tubului digestiv.

Polygemma 1- Stomac protejează stomacul, ajutând la reglarea acidității gastrice (eficientă în hiper sau hipoaciditate gastrică), susține procesul de cicatrizare a mucoasei gastrice și este ficientă în manifestări ale stresului cu repercursiuni la acest nivel. Primăvara, durerile de stomac pot fi mai frecvente, în special în cazul celor care suferă de dezechilibre sau afecțiuni la acest nivel. Pentru aceștia, recomand să urmeze cure în fiecare primăvară cu Polygemma 1 – stomac, administrată de 2 ori pe zi.

Polygemma 15 – Intestin –detoxifiere – reechilibrează flora intestinală și îmbunătățește eliminările, fiind utilă în caz de constipație cronică sau diaree (sau alternarea acestor manifestări).

Veți beneficia și de efectul tonic general, ameliorând astenia fizică și psihică care apare de multe ori primăvara sau este generată de dezechilibrele de la nivel intestinal. Pentru persoanele care suferă de tulburări la nivel intestinal, se recomandă cure de 1-2 luni, repetate de 2-3 ori pe an sau la nevoie.

Chiar și pentru persoanele care nu au tulburări intestinale, o cură anuală de detoxifiere intestinală este salutară. În această perioadă pe care o traversăm, cu infecții respiratorii virale frecvente, nu uitați că imunitatea organismului este puternic influențată de echilibrul de la nivel intestinal.

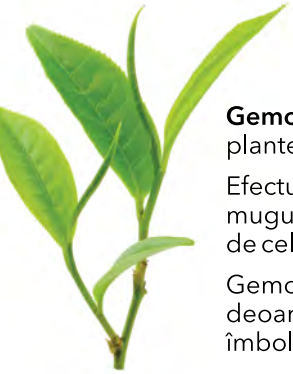
Primăvara este, pentru multe persoane, o perioadă de restricții alimentare (postul Paștelui), urmată uneori de excese alimentare cu ocazia Sărbătorilor Pascale sau doar de o trecere bruscă de la un tip de alimentație restrictiv la altul permisiv. Aceste situații pot genera dezechilibre la nivelul stomacului, intestinelor, la nivel hepatic sau biliar – ce diferă de la o persoană la alta. Cel mai des sunt acuzate tulburările de digestie la nivel hepatic și biliar după o alimentație bogată în grăsimi.

Polygemma 2 – Căi biliare îmbunătățește digestia prin efectul de stimulare a producției și eliminării bilei (efect coleretic – colagog) și reducerea inflamației la acest nivel. Pentru cei care au o predispoziție la formarea de calculi biliari, vă recomand cure periodice pentru susținerea bunei funcționări a veziculei biliare.

Funcționarea veziculei biliare este în strânsă legătură cu ficatul, aici fiind locul în care are loc și sintetizarea sucului biliar. Ficatul este primul filtru al organismului, la acest nivel o serie de substanţe fiind transformate în forme chimice simplificate, pregătite pentru eliminare la nivel renal. Un ficat obosit va permite să ajungă în sânge substanţe netransformate și o serie de toxine.

Polygemma 11- Ficat detoxifiere are acțiune hepatoprotectoare, de sprijinire a eliminării metaboliților toxici, dar și de restaurare a elasticității ţesutului hepatic. Se recomandă administrarea în cure de 1-2 luni, repetate de 2-3 ori pe an sau la nevoie, realizându-se o detoxifiere preponderant la nivel hepatic, dar și la nivel renal.

Gemoterapia așteaptă să îi descoperiți beneficiile, care pot însemna asigurarea și menținerea unei stări de bine.



www.plantextrakt.ro

Gemoterapia este o ramură a fitoterapiei care utilizează extracte din părți tinere ale plantelor.

Efectul benefic al gemoterapiei se bazează pe **marea putere de regenerare** a mugurilor şi a mlădițelor, care conțin un fitocomplex cu efect puternic şi diferit față de cel care se găseşte în plantele mature.

Gemoterapia este definită de către specialişti drept **terapie naturală adaptativă**, deoarece ajută organismul să facă față provocărilor cauzate de stres sau de îmbolnăvire.

Polygemma = Rețete unice gemoterapice pentru sănătatea aparatului digestiv.

Respectă rigorile farmacopeei plantelor.

PRODUS SIGUR FĂRĂ ZAHĂR PENTRU DIABETICI

100% INGREDIENTE ACTIVE NATURALE

CONȚINE 0% ALCOOL ȘI INGREDIENTE

- Ajută la buna funcționare a ficatului și a vezicii biliare, inclusiv în perioadele cu alimentație bogată în grăsimi
- Contribuie la reglarea acidității gastrice, la reechilibrarea florei intestinale și o bună golire a intestinului

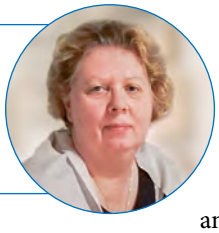
Alun | Frasin | Ienupăr | Merişor | Nuc | Rozmarin | Smochin

PlantExtrakt®
natura sănătății tale

Alfabetizarea în domeniul sănătății

„Sănătatea nu este totul, dar fără sănătate totul este nimic". Schopenhauer

Dr. Ileana Brînză,
Instructor Formator MF,
Vicepreşedinte AREPMF,



Argument

„Tendința de îmbătrânire din Europa va continua în deceniile viitoare. Speranța de viață a crescut în toate țările UE. Durata medie de viață a crescut de la 74 de ani, în 1990, la 80 în 2015, iar până în 2060 speranța de viață va fi crescut cu mai mult de șapte ani pentru bărbați și șase pentru femei. Statistic, povara bolilor cronice este în creștere. În UE, aproximativ 32 de milioane de adulți cu vârsta cuprinsă între 20 și 79 de ani au diabet zaharat și rate de creștere a obezității. Mai mult decât suferința umană, bolile cronice reprezintă o povară foarte mare în bugetul asistenței medicale – tratarea acestora reprezintă 70% până la 80% din totalul costurilor de asistență medicală". (*2016, dr. Vytenis Andriukaitis, Comisarul European pentru Sănătate și Siguranță Alimentară*)

Conform Institutului Național de Sănătate Publică în România, excesul ponderal și obezitatea sunt responsabile de:

- 44% dintre problemele cauzate de diabet,
- 23% dintre cele provocate de bolile ischemice cardiace
- 7 - 41% dintre problemele cauzate de diverse forme de cancer.

În populația de copii preșcolari și școlari din România, obezitatea de cauză neendocrină, hipotrofia ponderală și staturală, sechelele de rahitism, anemia prin carența de fier figurează în top 10 probleme de sănătate publică. (*Institutul Național de Sănătate Publică, 2016*)

Definiție

Alfabetizarea în sănătate (AS), conform National Institute of Health, este măsura în care indivizii au capacitatea de a obține, procesa și înțelege informații de bază cu privire la sănătate și la serviciile de sănătate, dar și capacitatea de a lua decizii adecvate cu privire la propria sănătate. O atenție aparte merită **alfabetizarea nutrițională**, care, așa cum spunea domnul Prof. Univ. Nicolae Hîncu „trebuie să preceadă învățarea alfabetului. Nutriția este o știință, deci presupune informarea din surse competente – validate de medicii specialiști, înțelegerea și aplicarea în practică. Situația alarmantă privind obezitatea, bolile metabolice și cele cardiovasculare, arată că această știință trebuie integrată în sistemul de educație. Cu cât mai devreme, în copilărie, cu atât mai bine! Cariera unui om este importantă, dar să pregătim copiii în primul rând pentru sănătate, care este o condiție pentru succes și fericire."

Repere conceptuale

AS este este strâns legată de încrederea pe care oamenii o au în abilitățile lor de a urma un tratament prescris sau de a discuta cu medicul despre problema lor de sănătate.

În SUA, 36% din adulți au un nivel de alfabetizare în sănătate scăzut iar în Europa 45% sunt sub nivelul limită al alfabetizării în sănătate. Potrivit raportului "*Puterea pacienților europeni - opțiuni și implicații*", publicat la Bruxelles, pacienții români sunt printre cei mai puțin informați din Europa, situându-se abia pe locul 30 într-un clasament al țărilor europene. În grupuri vulnerabile: persoanele în vârstă, cele cu un nivel de educație scăzut ori cu un statut socio-economic precar, nivelul redus de alfabetizare în sănătate depășește 60%.

Rolul AS, pentru a fi sustenabilă, presupune nu doar înțelegerea unei liste de cuvinte din spectrul medical ci și dobândirea unui set dinamic de abilități la care individul apelează în situații noi.

Educația și factorii de mediu sunt cei mai importanți determinanți ai sănătății. AS, componentă de bază în promovarea sănătății, oferă un cadru de integrare a acestor determinanți ai sănătății cu terminologia medicală utilizată în prevenția primară, secundară și terțiară.

Un nivel scăzut de AS este asociat cu:

- lipsa accesării serviciilor de sănătate,
- lipsa înţelegerii experienţelor medicale trăite,
- lipsa aderenţei la tratament,
- aptitudini deficitare de management a stării de sănătate,
- evoluţia nefavorabilă a bolii,
- costuri ridicate asociate managementului bolii.

Accesarea serviciilor de sănătate. Nivelul scăzut al AS reprezintă cea mai puternică barieră în parcurgerea drumului prin sistemul de sănătate şi în funcţionarea optimă în rolul de consumator al serviciilor de sănătate.

Comunicarea medic – pacient

Poate fi afectată şi de anxietatea pacienţilor cu un nivel scăzut de AS. Pacienţii ezită să pună întrebările necesare clarificării explicaţiilor sau indicaţiilor date de medic, răspund mai puţin, nu redau cu detalii propria istorie medicală şi este puţin probabil să admită că sunt confuzi.

Şi pentru furnizorii serviciilor de sănătate, AS este un subiect delicat.

Soluţii posibile la nivelul practicii medicale presupun abordarea centrată pe pacient manifestată printr-o serie de comportamente manifestate de personalul medical:

- luarea în considerare a vârstei, etniei, şi culturii de provenienţă a pacientului, precum şi oferirea de informaţii în limba maternă,
- asistarea pacientului în completarea formularelor,
- evitarea limbajului medical şi definirea tuturor termenilor tehnici,
- organizarea informaţiei-punctele importante să fie evidenţiate şi repetate,
- utilizarea imaginilor, diagramelor şi analogiilor,
- verificarea înţelegerii sensului informaţiilor transmise,

Înainte de a părăsi cabinetul medical, este important să ne asigurăm că pacientul poate răspunde la următoarele întrebări:

1. cu ce problemă de sănătate mă confrunt?
2. ce trebuie să fac în acest sens?
3. de ce este important ca eu să fac aceste lucruri?

Concluzii

Obiectivul de bază al educaţiei pentru sănătate constă în formarea şi dezvoltarea în rândul populaţiei, începând încă din prima copilărie, a unei concepţii şi a unui comportament igienic, sanogenic, în scopul apărării sănătăţii, dezvoltării armonioase şi fortificării organismului, adaptării lui la condiţiile mediului ambiental natural şi social.

AS reprezintă măsura în care indivizii au capacitatea de a înţelege dar şi de a lua decizii adecvate cu privire la propria sănătate.

AS joacă un rol central, eforturile decidenţilor politici trebuie să vizeze înţelegerea acestui construct şi a impactului pe care îl are asupra stării de sănătate a populaţiei în societatea modernă.

Bibliografie selectivă

1. www.unesco.org/education/uie/confintea/repfra.html
2. Indicatori ai contextului socio-cultura www.biblioteca.ase.ro/downres.php?tc=5463
3. https://ec.europa.eu/epale/ro/content/alfabetizare-sanatate
4. Annual Ageing Report, European Commission, 2015: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/ee3_en.htm
5. American Medical Association Foundation - Health Literacy Initiative, www.amafoundation.org
6. Center for Health Care Strategies www.chcs.org
7. Department of Health and Human Services www.health.gov/communication/literacy/default.htm
8. Health Literacy Consulting http://www.healthliteracy.com/
9. Institute of Medicine of the National Academies www.iom.edu/project.asp?id=3827
10. National Institute for Literacy http://www.nifl.gov
11. National Network of Libraries of Medicine http://nnlm.gov/outreach/consumer/hlthlit.html
12. http://adevarul.ro/sanatate/dieta-fitness/profdrnicolae-hancu-alfabetizarea-nutritionala-trebuie-preceada-invatareaalfabetului-1_5a1bfa2f5ab6550cb895db51/index.html

Tratamentul formelor avansate de hallux valgus (monturi)

Monturile (hallux-valgus) reprezintă una dintre cele mai frecvente afecțiuni ale antepiciorului, caracteristică femeilor de toate vârstele și mult mai rară la sexul masculin. Monturile se caracterizează prin deviația degetului mare spre exteriorul piciorului și a metatarsianului I spre interior. În fapt nu crește nici un os în plus, ci boala înseamnă eminamente un dezechilibru muscular și ligamentar care duce la o deformare a poziției și raporturilor osoase.

Dr. Adrian Pojoga,
chirurg ortoped

Montul la picior se referă de fapt la o proeminența osoasă care apare pe partea medială a piciorului și care în timp crește prin accentuarea diformității. Afecțiunea este mult mai complexă decât o simplă proeminență, pentru că implică afectarea mai multor structuri capsulo-ligamentare, musculare și osoase.

Cum se tratează monturile?

Mai ales în stadiile avansate ale bolii, când diformitatea este din ce în ce mai complexă, singurul tratament eficient este cel chirurgical, și are rolul de a reechilibra funcțional piciorul prin obținerea alinierii corecte și stabile a oaselor și articulațiior acestuia.

La ce se referă complexitatea intervenției chirurgicale?

Complexitatea intervenției se referă la faptul că tratamentul va trebui să se adreseze tuturor structurilor osoase, musculare și ligamentare afectate în scopul de a obține un picior echilibrat și deplin funcțional. De foarte multe ori aceasta presupune efectuarea de osteotomii de corecție sau scurtare ale oaselor, blocări selective articulare, alungiri de tendoane etc.

Ce este artrodeza Lapidus?

Artrodeza Lapidus este un procedeu chirurgical prin care se realizează corecția diformității hallux valgus prin reaxarea și stabilizarea articulației dintre metatarsianul I si osul cuneiform medial.

Este o procedură care se aplică cu succes în special în formele avansate ale bolii și asigură o stabilizare foarte eficientă și funcțională a piciorului cu scăderea semnificativă a riscului de recidivare a diformității.

Practic, blocarea chirurgicală - artrodeza – acestei articulații are rolul de a înlătura în fapt cauza care a dus la apariția diformității și montului și anume excesul de mobilitate de la acest nivel, care a permis în timp unui os să se deplaseze față de celalalt.

Fixarea chirurgicală a articulației se va realiza cu ajutorul unor șuruburi și plăcuțe metalice specializate.

Intervenția chirurgicală se desfasoară sub anestezie loco-regională - bloc popliteal și necesită o noapte de spitalizare.

Cât durează și ce înseamna recuperarea funcțională după intervenție?

- Pacientul va putea relua mersul cu sprijin pe piciorul operat după un interval cuprins între 1-4 săptămâni post operator în funcție de complexitatea intervenției:
- Va merge inițial ajutat de cârje sau cadru metalic;
- Va purta la mers o încălțăminte specială pentru o perioadă cuprinsă între 6-8 săptămâni post operator;
- Utilizarea încalțămintei normale va fi încurajată după 8 săptămâni post operator;
- Va efectua zilnic gimnastică de mobilizare a articulațiilor gleznei și piciorului.

Un trio natural imbatabil- stimulează imunitatea, efect antiviral, susține sănătatea aparatului respirator

În această perioada este foarte important să avem la îndemână primul ajutor în forma pastilelor masticabile de Esberitox®N Tablete care au efect antiviral și de stimulare a formării de anticorpi la poarta de intrare a infecției, adică tractul respirator.

Complex imun-activ unic

Spre deosebire de alte preparate, ce conțin un singur extract de plantă, în **Esberitox®N Tablete** acționează trei plante medicinale dovedite ca eficiente și active pe sistemul imunitar.

O tabletă conține un complex imun-activ unic compus din trei substanțe active extrase din aceste plante, care se completează în acțiune una pe cealaltă și acționează asupra **sistemului imunitar** pe trei căi diferite. Astfel virusurile sunt combătute mai repede și mai eficient, iar durata bolii se scurtează

Thujae occidentalis are acțiune antivirală directă, Baptisae tinctoriae stimulează producerea de anticorpi și extractul de flori din specia Echinacea purpurea/ Echinacea pallida stimulează activitatea macrofagelor care distrug germenii, chiar din fazele precoce ale infecției.

Acțiune antivirală prin 3 mecanisme

Esberitox®N Tablete este UNIC prin compoziție, modul de acțiune, profilul de siguranță, forma de prezentare. 90 ani de experiență germană înseamnă SIGURANȚĂ, 90 de ani de experiență înseamnă suficient timp pentru efectuarea de studii clinice pe loturi mari de pacienți, pe diferite infecții virale.

Produs de **Schaper & Brümmer GmbH & Co. KG** în Germania, pentru Esberitox®N Tablete există studii care atestă siguranța la copii pentru 250.000 de cazuri tratate de 500 de medici de familie și 500 de pediatri.

Este singurul produs condiționat și pentru sugari/copii/adulți. Studiile clinice au demonstrat că Esberitox®N Tablete administrat de la primele **semne de viroză**, scade perioada de boală cu 3 zile, boala este mai ușoară, iar pacienții se vindecă mai repede

Un mare avantaj la administrarea către copii îl reprezintă și faptul că este condiționat astfel încât să nu fie nevoie de soluție alcoolică, sunt tablete masticabile cu gust plăcut, acrișor, care se dizolvă în gură sau lichide.

Recomandări

Se recomandă pentru copii și contactii copiilor (mai ales bunici) cu boli contagioase virale sau bacteriene. În cazul infectiilor bacteriene este indicat ca adjuvant al tratamentului cu antibiotic. Se recomandă pentru toată familia în perioadele de epidemie sau în cure de imunizare înaintea sezonului răcelilor și gripelor.

În funcție de vârstă se administrează doza de tablete masticabile, astfel încât să combată inflamația și durerea orofaringiană.

Profilaxia antitrombombolică în protezarea șoldului și genunchiului

Artroplastia de șold sau genunchi a devenit o practică curentă chirurgicală în ortopedia românească. Trombembolismul venos -TEV- reprezintă o complicație gravă, frecventă și potențial fatală, care afectează aproximativ 1 din 1.000 de persoane în fiecare an. Tromboembolismul venos este implicat în 10% din decese prin embolia pulmonară. În UE au loc anual peste 500.000 de decese legate de tromboembolismul venos - dublu față de totalul deceselor provocate de SIDA, cancer de sân, cancer de prostată și accidente rutiere luate împreună. Multe dintre acestea ar putea fi evitate cu o tromboprofilaxie adecvată. Fără o prevenție de rutină, la aproximativ 50% dintre persoanele supuse intervențiilor chirurgicale ortopedice majore (de ex. repararea fracturii de șold) va apărea TEV asimptomatic; iar la aproximativ 5–15%, va apărea TEV simptomatic. Evenimentele tromboembolice pe de o parte dar și sângerarea pe de altă parte constituie complicații severe.

Stefan Cristea,

Fl. Groseanu,

Stefan Cuculici,

V. Predescu

Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon" București

Scop

Optimizarea pierderilor sanguine în protezarea totala de șold sau genunchi, dar și diminuarea complicațiilor tromboembolice.

Metoda

Am evaluat 2540 artroplastii totale de șold și genunchi, precum și revizii de șold și genunchi, operate în perioada decembrie 2009 – decembrie 2016. în Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Pantelimon". În această perioadă au fost operați 2540 pacienți din care 1400 artroplastii totale primare de șold, 240 artroplastii de revizii de șold, 160 artroplastii de revizie de genunchi și 740 artroplastii totale de genunchi.

Preoperator, toți pacienții, au primit profilactic injectabil subcutanat 1 fiolă de Enoxaparin (Clexane 4000U.I./40mg) în seara dinaintea operației și postoperator 1 zi. Anticoagulantele orale Dabigatran (Pradaxa) au fost administrate începând cu a 2-a zi postoperator, timp de 14 zile pentru protezele de genunchi și 35 zile pentru cele de șold, atât primare, revizii sau displazii de șold. Cazurile ce s-au complicat, în ciuda tratamentului oral anticoagulant, cu embolie, sau tromboze ale membrelor pelvine – au fost convertite pe tratament injectabil cu Enoxaparin (Clexane 4000U.I./40mg) la 12 ore. În ceea ce privește prevenirea sângerărilor, am administrat Acid tranexamic (TXA), Exacyl doar cazurilor de artroplastie de genunchi.

Au fost operați 740 pacienți cu artroplastii totale de genunchi. Ei au fost împărțiți în 3 grupe. Primul grup – A- cuprinde 180 pacienți operați între 06.2009- 05.2011 – aceștia nu au primit TXA. Grupul B cuprinde 380 pacienți operați în perioada 06.2011- 06.2015. Din aceștia 300 au

Rezultate

Nu am avut decese postoperator legate de aceste două mari complicații, sângerare sau embolie. Am redus considerabil necesarul transfuzional și implicit infecțiile postoperatorii. Din cele 1640 artroplastii de șold, 1400 artroplastii totale primare de șold și 240 artroplastii de revizii de șold, 9 cazuri au avut tromboembolie simptomatică și au necesitat conversia injectabilă postoperatorie pe tratament injectabil cu Enoxaparin (Clexane 4000U.I./40mg) la 12 ore. Din cei 900 pacienți cu artroplastii de genunchi, 160 artroplastii de revizie de genunchi și 740 artroplastii totale de genunchi, 5 cazuri au avut tromboembolie simptomatică și au necesitat conversia injectabilă postoperatorie pe tratament injectabil cu Enoxaparin (Clexane 4000U.I./40mg) la 12 ore. În ceea ce privește prevenirea sângerărilor, toate operațiile au avut tub de dren postoperator. Am administrat Acid tranexamic (TXA), Exacyl doar cazurilor de artroplastie de genunchi. Dintre cei ce nu au primit deloc TXA, au necesitat 75% cel puțin o unitate de sânge transfuzionat. Cel puțin o unitate de sânge au necesitat 40,8% din cei ce au primit TXA local sau intravenos (380 din grupul B și 60 din grupul C). Din cei ce au primit atât local cât și intravenos TXA (120 cazuri din grupul C) au necesitat doar 32,5% transfuzii, 39 cazuri. S-a realizat o economie de 138 Euro pe pacient la cei ce au primit TXA prin analiza diminuării necesarului de transfuzii și diminuarea infecțiilor postoperatorii.

primit TXA intravenous, 1 g la inducția anestezică și incă 1 g i.v. la sutura tegumentară. Dintre acești pacienți 80 au avut contraindicații cardiace și au primit doar local TXA. Local am administrat 3 g TXA diluat în 60 ml ser. În aceste cazuri drenajul a fost închis 6 ore. Grupul C cuprinde 180 pacienți operați în perioada 07.2015-12.2016, ei au primit TXA local, dar 120 dintre ei care nu au avut contraindicații cardiace au primit și TXA intravenos 2 g intraoperator. Vârsta mediană a pacienților 46,5 ani (30-90).

Au fost analizate scăderea sângerărilor și a transfuziilor sanguine.

Discutii

Artroplastiile primare de șold și genunchi dar și reviziile acestora au devenit o practică chirurgicală frecventă. Două complicații frecvente intra și postoperator sunt întâlnite: sângerările și accidentele tromboembolice. Anticoagulantul ideal trebuie să fie eficace, sigur, facil de utilizat și accesibil. În ultimii ani, mai multe anticoagulante noi au fost aprobate pentru profilaxia TEV după o intervenție chirurgicală ortopedică majoră, și anume Fondaparinux, Rivaroxaban Apixaban, și Dabigartan. Acești agenți asigură o inhibare mai precisă a factorilor activi de coagulare decât heparinele și antagoniștii vitaminei K. Aceste medicamente, în acelasi mod ca și anticoagulantele injectabile cu greutate moleculara joasă, au o relație fixă doză-răspuns care face ca monitorizarea de rutină a funcției lor anticoagulante să nu mai fie necesară. Numeroase studii clinice au demonstrat eficacitatea și siguranța acestor agenți noi comparativ anticoagulantele injectabile cu greutate moleculara joasă pentru profilaxia TEV.

Concluzii

Administrarea anticoagulantelor injectabile sau orale diminuează considerabil accidentele tromboembolice. În protezarea genunchilor, operația se face sub bandă hemostatică, în condiții de hipoxie și TXA reduce considerabil necesarul de transfuzii și riscul infecțiilor, fiind economic în practica chirurgicală.

Aspecte Clinice și Terapeutice în Pseudartrozele Diafizare ale Membrelor Inferioare

Întârzierea în consolidare are o incidență de 5-10% din totalul fracturilor, în timp ce 1-5% evoluează spre pseudartroză, în ciuda progreselor științifice în domeniul ortopediei și traumatologiei. Acestea sunt o provocare pentru chirurgul ortoped datorită tratamentului complex și al incidenței mare al eșecurilor (5 până la 40%) cu efecte devastatoare asupra calității vieții pacienților. Actualmente, nu există o definiție științifică precisă, recunoscută de toți oamenii de știință pentru această patologie. Se consideră că, pseudartroza corespunde absenței vindecării osoase la 6 până la 9 luni după o fractură. În această idee a consecințelor devastatoare umane și economice, este foarte important să cunoaștem bine factorii de risc ai acestei patologii, pentru a le putem preveni și reduce incidența lor.

Oltean-Dan Daniel1,

Tomoaia Gheorghe1,2

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu", Departamentul Ortopedie și Traumatologe, Cluj-Napoca, România

2. Academia Oamenilor de Știință, București, România

Consolidarea fracturilor

Oasele, spre deosebire de alte țesuturi, au capacitatea de a se vindeca după o fractură fără țesut cicatricia. Procesul de vindecare constă într-o cascadă de evenimente, care sunt influențate în principal de stabilitatea fixării mecanice a fracturii și de mediul biologic. Acest concept este numit și „conceptul de diamant", potrivit căruia consolidarea depinde de 4 actori principali: celulele osteogene, matricea osoasă osteoconductoare prezentă, factoriilor de creștere și un mediu favorabil. Calitatea consolidării depinde de mai mulți factori, cum ar fi vascularizația osului, calitatea și integritatea țesuturilor moi care înconjoară focarul de fractură, tipul de fractură (deschisă/închisă), traiectul de fractură, precum și de numărul de fragmente osoase.

„Conceptul de diamant" arată condițiile necesare pentru a avea o consolidare osoasă de succes. Elementele fundamentale ale acestui proces sunt: celulele osteogene care inițiază procesul de consolidare, o structură osteoconductoare pe care va fi creat calusul osos, factori de creștere osteoinductivi (cum ar fi proteinele osoase morfogenetice care facilitează proliferarea și diferențierea celulelor stem mezenchimale), toate acestea într-un mediu stabil din punct de vedere mecanic. Acest concept este completat de doi dintre cei mai importanți parametri pentru procesul de vindecare a fracturilor: vascularizarea și variabilitatea biologică a pacientului (vârstă, patologii metabolice, fumat, alcool, patologii neurologice).

Progresul evoluției favorabile al vindecării fracturilor poate fi compromis de factori fiziologici, patologici sau care țin de mediu. Factori precum diabetul, consumul de AINS sau traumele de energie înaltă duc adesea la complicații în procesul de consolidare. De asemenea, vârsta înaintată, carențele nutriționale și fumatul sunt factori de risc foarte importanți pentru apariția întârzierii în consolidare sau chiar

pseudartroză. Pseudartroza este definită ca eșecul consolidării unei fracturi, persistând la mai mult de 6 luni un țesut fibrotic între capetele osoase, conferindu-le o mobilitate anormală.

Factorii de risc în apariția pseudartrozei

Factori legați de pacient

- Vârsta: Odată cu înaintarea în vârstă, se produce degenerarea progresivă a scheletului și scade capacitatea regenerări osoase. Viitoarele terapii vor trebui să ia în considerare nevoile osteogene și angiogene ale persoanelor în vârstă. În schimb, la tineri, periostul este bine vascularizat și bogat în osteoblaste. Din acest motiv, copiii și adulții tineri au capacitatea de consolidare mai rapidă a fracturilor, iar rata pseudartrozelor este foarte mică.
- Sex: Pseudartroza are o incidență mai mare în rândul sexului feminin după 55 de ani. După menopauză, femeile au o rată mai mică de estrogen, care are un rol important în formarea osoasă, stimularea anabolică și în reducerea proceselor catabolice.
- Factorii circulatori: Hipoxia și anemia hipovolemică sunt factori cunoscuți în întârzierea consolidării osoase și în scăderea elasticității osoase.
- Factorii hormonali: Corticosteroizii întârzie formarea osteoblastelor, încetinind diferențierea celulelor precursoare. În mod similar, ACTH poate întârzia sau chiar opri vindecarea fracturilor.
- Factorii nutriționali: Deficitul de calciu și fosfor par a fi un factor de risc pentru pseudartroză În timpul consolidării se recomandă un aport crescut de proteine, calciu și vitamina D. Dacă acest lucru nu este respectat, pot există tulburări în faza de formare a calusului.
- Factorii iatrogeni: AINS, antiinflamatoarele steroidiene, heparinele, diureticele, opioidele, imunosupresoarele și tratamentele pentru osteoporoză.
- Tutun: Fumătorii au de două ori mai multe șanse de a dezvolta pseudartroză. În mod similar, se consideră că fumătorii au o perioadă de consolidare a fracturilor mai lungă cu până la 30 de zile.
- Alcoolul.
- Osteoporoza nu este un factor de risc pentru dezvoltarea pseudartrozei. Cu toate acestea, pacienții cu această boală metabolică prezintă un risc mai mare de a avea fracturi. În mod similar, tratamentul pseudartrozei va fi mai dificil din cauza calității precare a osului osteoporotic.
- Diabetul neechilibrat duce la un risc mai mare de a dezvolta pseudartroză.
- Sarcina și alăptarea sunt responsabile de încetinirea formării calusului osos.
- Masa musculară: Atrofia musculară prezentă în timpul traumatismului poate fi un factor de risc. În momentul formării calusului osos și în timpul reorganizării noului țesut, stimularea mecanică are o influență pozitivă asupra consolidării. Un tonus muscular bun va permite pacientului o vindecare mai rapidă, datorită stabilității biomecanice mai bune a fracturii.

Continuare în numărul următor.

Abonament anual la revista Săptămâna Medicală

săptămâna MEDICALĂ

Abonamentul anual la revista Săptămâna Medicală (12 ediții) este de 60 lei cu tva și costuri poștale incluse

Plata se face în contul SC FIN WATCH SRL, deschis la BCR-sucursala Unirii, București, cu IBAN RO34 RNCB 0082 0441 6322 0001 și trimiteți un email la redacție@finwatch.ro sau fax 021 321 6123 cu datele poștale ale destinatarului: nume, prenume, adresa la care doriți să se facă expedierea revistei (Localitate, Stradă, număr, sector, județ, bloc, scară, etaj, apartament).

Vă mulțumim!

Intervenția medicului în cazul traumelor la sportivi

Dr. Alin Popescu,
medic primar în Medicină Sportivă, secretar general al Societății Române de Medicină Sportivă (SRMS)

Responsabilitatea medicinei sportive

în angrenajul competițiilor sportive și al sportului românesc în ansamblu

În timpul desfășurării competițiilor sportive există de obicei un medic al arenei, care poate să intervină într-un caz deosebit. Dar cei care ajută sportivii în caz de accident nu sunt medici. Sunt fizioterapeuți, sunt kinetoterapeuți, sunt pregătitori fizici care sunt în prima linie de intervenție. În cazul sporturilor dure, cu contact fizic care pot produce traume, la rugby, handbal, fotbal, cei care intră pe teren la un accident sunt chiar medici, mă refer la cazuri în care trebuie să sutureze o plagă, să imobilizeze o fractură, să stabilizeze o comoție cerebrală. Uneori trebuie să avem grijă și de spectatori. Am avut infarct miocardic în tribuna a doua la un meci de rugby la Timișoara și acelei persoane de 64 de ani i s-a făsut masaj cardiac și a fost recuperată. Există o zonă în care nu poți să spui 100% că totul este sub control. Noi trebuie doar să prevenim dar nu putem exclude evenimentele nedorite. Ca medici sportivi care suntem responsabili din punct de vedere medical, trebuie să cunoaștem protocoalele în urgențe și să acționăm în consecință. În 99% prevenim și în 1% intervenim și avem planul de intervenție și dotarea necesară.

Referitor la cele câteva „morți subite” de care am auzit în cariera mea, trebuie să spun că acestea sunt totuși extrem de rare și mai ales greu de prevăzut. Există riscuri mai ales în zona cardiacă, în tulburările de ritm, care din păcate pe testele uzuale nu se pot anticipa sau evalua exact. Noi facem screening-uri susținute, se verifică funcția cardiacă. Acele circuite medicale care se soldează cu acordarea vizei se fac bianual, o dată la 6 luni deci constituie un filtru relativ bun pentru sportiv și dacă apar probleme între aceste controale la 6 luni, ele se tratează evident separat.

Lucrurile și din punct de vedere sanitar evoluează ca și în oricare alt domeniu, pentru că totul trebuie făcut repede. Așa cum azi jurnalistul nu mai are clasicul carnețet sau aparat de fotografiat sau reportofon ci tot acest arsenal clasic este substituit de un smart phone, la fel și în medicină, avem un cântar superinteligent, toată aparatura este compactă, mobilă, portabilă, electronizată, performantă și controalele decurg mai operativ iar totul se centralizează la o unitate de recuperare sportivă. 5% din sportivi sunt trimiși la medicul specialist, de exemplu la cardiolog; asta este realitatea și unele suspiciuni se și confirmă. Am avut sportiv de lot național operat pe cord, cu sindrom wpw de preexcitație (Wolff-Parkinson-White). Este vorba de o malformație congenitală ce presupune existența unui țesut conjunctiv anormal între atrii și ventriculi, ceea ce duce la o conducere aberantă a impulsului nervos, cu manifestare în diverse aritmii, dintre care cea mai frecventă este aritmia paroxistică supraventriculară. Dacă aceasta este asociată cu fibrilația atrială, apare posibilitatea crescută de a se trece în fibrilație ventriculară (aritmie cu risc letal).

Reabilitarea medicală este cea care răspunde în final de funcționalitatea pacientului!

Reabilitarea se referă la îngrijirile necesare atunci când o persoană se confruntă cu limitări în funcționarea de zi cu zi, din cauza îmbătrânirii sau alterării stării de sănătate, inclusiv datorită unor boli sau tulburări cronice, leziuni sau traume. Exemple de limitări în funcționare pot fi dificultăți în gândire, văz, auz, comunicare, mobilitate, integrare socială etc.

Dr. Daiana Popa,
medic primar
reabilitare medicală

Atunci când urmează altor intervenții medicale, cum ar fi intervențiile chirurgicale, serviciile de Reabilitare contribuie nu numai la punerea în valoare a beneficiilor intervenției, dar au și un caracter preventiv, de evitarea complicațiilor și a dificultăților viitoare în funcționarea de zi cu zi.

Schimbarea profilului demografic de sănătate cu creșterea prevalenței bolilor netransmisibile și a îmbătrânirii la nivel global, determină creșterea rapidă a numărului de persoane care prezintă probleme de funcționare și dizabilități consecutive. Prin urmare, nevoile de reabilitare care sunt deja foarte mari vor crește și mai mult în anii următori. În acest context se pune problema dezvoltării și susținerii acestor servicii, cu finanțare din resurse publice, dar și susținerea și încurajarea organizațiilor de pacienți, care se emancipează și își cer dreptul la sănătate și bunăstare.

La nivel conceptual, în prezent, nu există o înțelegere universală a noțiunii de reabilitare și o definiție unitară la nivel mondial, iar părțile interesate îi dau interpretări diferite, în funcție de context. Reabilitarea se poate referi la indivizi cu probleme de dezvoltare, de dizabilități dobândite, probleme diverse de sănătate, dar și la probleme legate de drepturile omului, de securitate socială sau de abuz de substanțe.

În principiu, acesta nu este un lucru negativ, deoarece reflectă bogăția aspectelor pe care le presupune reabilitarea in general. Cu toate acestea, lipsa unei descrieri unitare a reabilitării ca răspuns la nevoile curente de sănătate și sociale rezultate din alterarea funcționării poate îngreuna progresul în abordarea și soluționarea acestor nevoi.

Pentru a se asigura că reabilitarea devine o prioritate politică, mai ales atunci când este vorba despre politici publice și alocare de fonduri, părțile interesate trebuie să redefinească conceptul de Reabilitare în raport cu noțiunea de funcționare. Optimizarea funcționării este obiectivul final al reabilitării și, prin urmare, este principiul unificator pentru toți factorii interesați de reabilitare, indiferent cine este beneficiarul acestor servicii.

Funcționarea reprezintă un concept de valoare unică pentru liderii politici, având în vedere îmbătrânirea populației și creșterea semnificativă a speranței de viață după boli și traume ca urmare a dezvoltării fără precedent a medicinei și cercetării, situații care conduc, inevitabil, la care creșterea procentului de dizabilitate în populația generală. La ora actuală, la nivelul OMS, funcționarea reprezintă al treilea indicator de sănătate după mortalitate și morbiditate. Funcționarea optimă în viața de zi cu zi este un factor crucial pentru bunăstare și calitatea vieții în situații cum sunt bolile cronice, sechelele după traumatisme, cancer sau regresul funcțional asociat cu îmbătrânirea.

Relația medicină complementară - reabilitare medicală

Medicina orientală are o vechime de peste 3.000 de ani și se bazează pe teoria că există o forță vitală (qi) care sprijină funcțiile fiziologice. Qi este concentrat în multiple căi și canale numite meridiane care traversează longitudinal corpul.
Sănătatea e considerată a fi starea în care qi curge abundent și armonios iar boala se consideră a fi rezultatul unei distribuții necorespunzătoare sau unui dezechilibru al acestei energii care precipită modificări fiziologice.

Dorina Maria Fărcaș,
șef lucrări FMF
Oradea, Băile Felix

Câteva dintre metodele medicinei complementare utilizate cu succes în reabilitarea medicală vor fi prezentate succint în continuare.

Acupunctura constă în inserția unor ace subțiri în puncte specifice de acupunctură de-a lungul meridianelor, pentru corectarea fluxului de energie aberant. Acupunctura este frecvent folosită în reabilitarea medicală în afecțiuni acute și cronice musculoscheletale și în afecțiuni neurologice.

Homeopatia este un sistem de diagnostic și tratament dezvoltat în urma observației că simptomele unei boli sunt o reflexie a faptului că organismul încearcă să-și redobândească homeostazia.

Ayurveda se traduce ca „știința vieții" este un sistem de vindecare cu originea în India. Principiile de bază ale acesteia includ interconvertibilitatea energiei și interconectivitatea întregii vieți. Medicina ayurvedică subliniază că atât boala cât și vindecarea apar la toate nivelele: fizic, emoțional, mental și spiritual.

Naturopatia este un sistem care se bazează pe menținerea sănătății și prevenția bolilor prin educarea pacientului și acceptarea responsabilității pentru propria sănătate.

Intervențiile minte-corp pornesc de la premiza că mintea și corpul nu sunt entități distincte. Astfel gândurile și emoțiile influențează corpul și procesele fiziologice au impact asupra stării mentale, emoționale, spirituale.

Hipnoterapia acționează la nivelul subconștientului uman și ajută pacienții să facă schimbări comportamentale pozitive și să diminueze simptomele.

Meditația inițial era legată de practici religioase și avea scopuri spirituale, de iluminare. Tehnicile moderne de meditație au fost separate de contextul religios, scopul acestora devenind mult mai concret, de exemplu scăderea anxietății și ameliorarea stării de sănătate. Există mai multe tehnici de meditație, numitorul lor comun fiind atingerea unei relaxări fizice și mentale.

Terapii prin mișcare minte-corp - cele mai utilizate în prezent sunt:yoga, T`ai Chi, tehnica Alexander, metoda Feldenkreis, Pilates, centrarea corp-minte. Toate aceste tehnici au ca scop îmbunătățirea abilităților kinestezice ale pacienților, coordonarea mișcării și a respirației, cât și ușurarea, controlul și bucuria în mișcarea zilnică.

Yoga este o artă veche indiană, un mod de viață ce cuprindea un număr de practici spirituale, acompaniate de o conduită etică, responsabilitate socială, nutriție și practici de sănătate fizică.

T`ai Chi este o formă de posturi și mișcări care datează din sec 17 în China cu scopul de îmbunătățire a echilibrului, coordonării, concentrării și diminuării stresului.

Metoda Feldenkrais este o terapie prin mișcare care se bazează pe abilitatea sistemului nervos de a dezvolta engrame noi sau noi patternuri de mișcare. Această metodă ajută pacientul să execute mișcări eficiente, nedureroase.

Metoda Alexander urmărește îmbunătățirea posturii și mișcărilor prin focalizarea pe dezvoltarea echilibrului între cap și gât în posturi statice și dinamice cât și o respirație corespunzătoare.

Metoda Pilates a fost dezvoltată în timpul și după Primul Război Mondial și este utilizată și în reabilitare, în special în afecțiuni musculoscheletale.

Fără a avea pretenția de a fi epuizat toate metodele existente și aplicabile de medicină complementară în reabilitarea medicală, am dorit să subliniez faptul că o abordare holistică, care să nu excludă medicina complementară, este binevenită, având un impact pozitiv asupra pacienților.

Medisal
dispozitive medicale
Târgu Mureș,
Str. Gheorghe Doja, Nr. 234
Telefon : 0265 211 411
Fax:+40 265 211 412

PESTE 3000
DE ARTICOLE MEDICALE
DE LA O SINGURĂ SURSĂ

Vă invităm la sediul nostru cu showroom și spații de depozitare

Email: office@medisal.ro
Comenzi: comenzi@medisal.ro
Informații: info@medisal.ro
Tehnic: suport@medisal.ro
www.medisal.ro

Rolul reabilitării medicale în fibromialgie

Fibromialgia (FM) reprezintă un sindrom caracterizat prin durere generalizată ce determină dizabilitate substanțială, cu o prevalență în populația generală de 6,4%. Medicina fizică și de reabilitare are rol principal în tratamentul fibromialgiei. Pentru pacienții cu FM dizabilitatea poate fi severă și generală, motiv pentru care măsurile trebuie centrate pe îmbunătățirea funcției. Un program de reabilitare medicală în FM implică o echipă multidisciplinară de profesioniști și modalități variate individualizate pentru fiecare pacient. Echipa este formată din medic specialist, psiholog, fizioterapeut și kinetoterapeut cu experiență în tratamentul afecțiunilor țesutului moale. Obiectivele vizează ameliorarea durerii, refacerea condiției fizice și psihice, creșterea capacității funcționale, reintegrare socio-profesională.

Conf. Univ. Dr. Florina Ligia Popa,
Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu, Facultatea de Medicină, Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu, Secția clinică Reabilitare Medicală I

Managementul durerii - tratamentul farmacologic

Ameliorarea funcțională în FM este dificilă datorită barierei dureroase. Există numeroase clase de medicamente care pot fi folosite singure sau în combinație. Agenții farmacologici pot reduce durerea prin creșterea nivelurilor neurotransmițătorilor inhibitori sau scăderea nivelurilor neurotransmițătorilor excitatori.

Conform recenziilor sistematice și ghidurilor terapeutice există evidențe puternice de eficacitate pentru antidepresive triciclice, anticonvulsivante, agoniști dopaminergici, agenți ce acționează asupra ciclului somn-veghe. Evidențe modeste există pentru analgezice. Sunt contraindicate opioidele puternice, corticosteroizii, antiinflamatoare nesteroidiene, hipnotice benzodiazepine și nonbenzo-diazepinice.

Injectarea punctelor tender/trigger induce întreruperea lor mecanică și este utilă în FM, dar rezultate mai bune pe termen lung se obțin în asociere cu terapia fizică, masajul, exerciții de stretching.

Managementul durerii - tratament nonfarmacologic

Medicina fizică: electroterapia, crioterapia, termoterapia, hidroterapia sunt utile, dar există puține evidențe de eficacitate. Masajul sedativ, miorelaxant, drenajul manual limfatic și masajul țesutului conjunctiv sunt utile în reducerea durerii, îmbunătățirea stării de sănătate și creșterea calității vieții. Balneoterapia a dovedit eficiență în ameliorarea durerii și funcției. Kinetoterapia utilizează un program general de stretching, blând, prelungit. Sunt recomandate exerciții aerobice cu impact redus. Startul va fi cu exerciții ușoare, iar progresivitatea va fi lentă. Vor fi efectuate de cel puțin 3 ori pe săptămână, minim 30 minute. Exercițiile aerobice în apă sunt mai blânde și bine tolerate.

Terapiile de mișcare meditative (quigong, tai-chi, yoga) au evidențe modeste în ceea ce privește eficacitatea în FM. Medicina alternativă (acupunctura și homeopatia) nu a dovedit eficacitate în FM.

Stimularea magnetică transcranială repetitivă (rTMS) aduce beneficii asupra calității vieții în FM. Este posibilă modularea ariilor cerebrale în vederea corectării

anomaliilor funcționale și ameliorării simptomelor în FM. rTMS aduce beneficii și asupra durerii în FM. Poate fi considerată o metodă sigură și noninvazivă complementară analgeticelor pentru unii pacienți cu FM. Analgezia este indusă prin influențarea procesului de prelucrare emoțională asociat cu durerea globală.

Strategiile psihologice de reabilitare în FM sunt importante deoarece pacienții au niveluri crescute de stres, sentimente de depresie, anxietate și frustrație. Opțiunile de tratament includ: terapia cognitivă comportamentală, training de relaxare, terapia de grup, biofeedback-ul, managementul stresului.

Tehnicile terapiei cognitive comportamentale determină schimbări în modelele de gândire și comportament. Sunt efectuate ca terapie personală sau de grup, iar efectele benefice apar în mai puțin de 10 sesiuni. Rezultatele superioare se obțin în cazul aplicării în combinație cu programele de exerciții și/sau educație.

Dieta săracă agravează simptomele FM. Se recomandă o dietă sănătoasă, bogată în vitamine, minerale, antioxidanți, aminoacizi și fibre. Pacienții cu FM produc mai mulți radicali liberi decât persoanele sănătoase deoarece au capacitate antioxidantă redusă.

Tratamentul multidisciplinar a demonstrat eficiență în FM. Tratamentul care combină cel puțin o terapie educațională sau psihologică cu cel puțin o metodă kinetică poate determina reducerea durerii, oboselii și a simptomelor depresive.

Concluzii

Fibromialgia reprezintă o tulburare complexă heterogenă ce necesită o abordare multidisciplinară individualizată. Se caracterizează prin polimorfism clinic, refractaritate la mijloacele terapeutice tradiționale, generatoare de dizabilitate. Combinarea tratamentului farmacologic cu cel nonfarmacologic reprezintă soluția ideală de tratament. Intervențiile nonfarmacologice au eficacitate înaltă, dar necesită participarea activă a pacienților. Rezultă rolul important al reabilitării medicale în managementul pacienților cu fibromialgie.

Despre boala artrozică

Afecțiunile musculoscheletale, printre care și boala artrozică, presupun suferință fizică și implicații psihologice. Boala artrozică este cea mai prevalentă afectare articulară cu evoluție cronică, degenerativă, întâlnită la nivel mondial.

Georgiana Ozana Tache,
medic primar
reabilitare medicală
-SCUB Floreasca

Artroza se caracterizează prin alterarea structurii cartilajului articular (compus în proporție de 80% din apa și 20% din fibre de colagen), ce va conduce în final la deformare articulară. Se apreciază ca artroza afectează mai mult de 10% din populația de peste 60 de ani, devenind o cauză majoră de morbiditate, dizabilitate și limitare a calității vieții.

Există mai mulți factori de risc, în afara vârstei, care pot condiționa instalarea artrozei, dintre care obezitatea și traumatismele articulare prezintă cel mai mare risc de artroză.

Sporturile care produc traumatism articular direct, precum fotbalul, hochei, rugby etc sunt responsabile de deteriorare articulară maximă, datorată impactului. 80% dintre jucătorii de fotbal, cu antecedente de traumatisme sportive la nivelul genunchiului, prezintă leziuni de artroză dezvoltată în decurs de 10-30 de ani postcompetițional. Prevalența instalării bolii artrozice localizată la nivelul șoldurilor și genunchilor este mai mare la foștii sportivi față de persoanele non sportive.

Sportivii sunt mai expuși la traumatisme față de restul persoanelor, ceea ce va conduce în final la instabilitate articulară și degenerarea cartilajului articular, chiar și la mișcări normale. Leziunile de ligament și rupturile de menisc stau drept dovezi. 50% dintre persoanele cu astfel de leziuni vor dezvolta ulterior (10-20 ani) boala artrozică. Susceptibilitatea articulațiilor de a dezvolta leziuni se află și în relație cu indicele masei corporale, tonusul muscular și predispoziția genetică. Luptatorii de sumo prezintă predispoziție crescută spre a dezvolta boala artrozică.

Fiziopatologie și noutăți terapeutice

Ghidurile actuale, privind managementul terapeutic al bolii artrozice localizată la nivelul articulațiior portanate (genunchi, șold), recomandă alegerea unor intervenții eficiente și puțin costisitoare, precum cele conservatoare și mai puțin intervenția ortopedico-chirurgicală (artroplastia). Există în prezent un consens privind utilizarea combinației terapeutice dintre terapia fizicală, analgesia cu paracetamol sau AINS și intervenția chirurgicală atunci când este necesar.

Terapia regenerativă reprezintă o abordare terapeutică de larg interes mulți și interdisciplinar. Se bazează pe rolul jucat de celule care prezintă potențial reparator și regerativ la nivelul cartilajului articular, cu șansa de a întârzia sau reversa progresia bolii artrozice. Celulele stem mezenhimale (MSCs) reprezintă sursa potențială de celule, putând fi obținute dintr-o varietate de tipuri tisulare, precum: maduva osoasă, țesutul adipos și synovial.

O altă modalitate terapeutică în cadrul bolii artrozice este reprezentată de injecțiile intraarticulare cu corticoizi (prezintă proprietăți antiinflamatoare ce asigură ameliorare sigură, rapidă dar pe termen scurt a durerii articulare) și vascosuplimentarea cu acid hyaluronic. Beneficiile pe termen scurt și siguranța în adminis-

trare a corticosteroizilor sunt bine cunoscute, injecțiile intraarticulare devenind varianta terapeutică de preferat pentru sportivi și tinerii care își doresc să scape rapid de durere și să revină la viața activă și activitatea competițională.

Terapiile non farmacologice sunt deosebit de importante în contextul bolii artrozice, ele trebuie să fie însă individualizate și adaptate față de localizarea bolii artrozice (cu referire la articulația aflată în suferință, precum șold, genunchi, articulații degete mâini, segment coloană vertebrală etc), raportat la faza evolutivă și rata de progresie a bolii dar și față de patologia asociată sau raportat la așteptările persoanei în cauză.

Exercițiul fizic a fost recomandat de-a lungul anilor, în contextul bolii artrozice. Azi se pune un mare accent pe beneficiile exercițiului fizic în managementul bolii artrozice. Exercițiile care cresc forța musculară, mobilitatea și capacitatea aerobă, sunt mai eficiente la nivelul membrelor inferioare. Pacientul trebuie instruit asupra beneficiilor reprezentate de practicarea exercițiului fizic sub supravegherea unui specialist, atât în cadru organizat (clase), cât și acasă.

Persoanele sportive sau persoanele tinere vor beneficia cu precădere de exerciții ce urmăresc tonifierea musculaturii, ceea ce vă reduce durerea și vă asigură reîntoarcerea în circuitul competițional.

Se consideră și asistarea posturală în ortostatism și la mers, recomandându-se cadru, cârjă, baston, orteză sau corectarea modificărilor de statică de la nivelul trunchiului, centuri sau la nivelul membrelor (orteze, talonete, taping etc). Purtarea ortezelor, în special în contextul gonartrozei, asistă refacerea aliniamentului articular cu redistribuire corespunzătoare a forțelor biomecanice aplicate. Ortezele se recomandă a fi purtate de către sportivi, mai ales în situația instabilității articulare indusă de ruptura ligamentară sau de menisc. Ortezarea ajuta la ameliorarea durerii, asigură realinierea articulară și scade timpul necesar până la întoarcerea la viața competițională. Ortezele permit efectuarea programului de exerciții fizice.

Metode adjuvante sau asociate modalităților terapeutice non-farmacologice, sunt considerate a fi: acupunctura, homeopatia, hidrokinetoterapia, aquagymnastica, înotul practicat în scop terapeutic, procedurile fizicale, curele balneare dar fără a se limita la acestea.

Tratamentul chirurgical prin artroscopie este rezervat persoanelor tinere, recalcitrante față de măsurile conservatoare iar durerea și disfuncționalitatea sunt marcante. Artroscopia nu se recomandă la pacienții cu diagnosticul primar de boală artrozică, cu excepția acelora care prezintă leziune meniscală degenerativă. Beneficiile artroscopiei nu sunt întotdeauna cele așteptate.

Durerea lombară cronică și tulburarile depresive secundare. cum putem interveni?

Durerea lombară cronică este o problemă des întâlnită la pacienții în vârstă și nu numai, ce poate asocia dizabilitate și tulburări depresive. Scăderea abilităților fizice și psihosociale duce la dizabilitate funcțională în rândul pacienților cu durere lombară joasă. Pe lânga durerile musculoscheletale, durerea lombară joasă afectează din ce în ce mai mult pacienții vârstnici, aproape 20 milioane de oameni. Luând în considerare modelul biopsihosocial, pe lângă schimbările psihosociale legate de vârstă cum ar fi scăderea toleranței la durere, există și alți factori care sunt asociați durerii lombare joase, iar cel mai importat ar fi tulburarea depresivă. Dacă tulburarea depresivă este întâlnită în prezent la aproximativ 17% din populația adultă, se pare că la pacienții cu durere lombară joasă este întâlnită în proporție de 27-55%. Natura relației dintre durere în această patologie a coloanei vertebrale lombare și tulburarea depresivă pare să fie una strânsă, fapt ce rezultă din manifestările somatico-psihologice care includ dizabilitate fizică, tulburari anxioase, teama și chiar lipsa speranței de a scăpa de durere.

Iliescu Madalina Gabriela

Lupu Andreea Alexandra

Un mediator important al relației dintre durerea lombară joasă şi depresie este severitatea durerii. Pacienții care resimt durere mai intensă sunt pacienți depresivi. Dacă durerea scade în intensitate apare o îmbunătățire a simptomelor depresive. Mai mult decât atât, bărbații tind să raporteze severitatea durerii mai mică, în timp ce femeile raportează nivele mai crescute ale durerii şi tind să fie mai depresive.

Ultimele descoperiri evidenţiază faptul că scăderea funcţiei neuromusculare şi a funcţiei fizice, în funcţie de vârstă, este parţial cauzată de deterioarea sistemului neural inclusiv de atrofia corticală, de alterarea neurochimică, pierderea de unităţi motorii şi funcţionalitatea unităţilor motorii rămase, de schimbările structurale ale joncţinilor neuromusculare. Scăderea progresivă, odată cu înaintarea în vârstă, a nivelu-

lui BDNF (o neuroproteină din sistemul nervos central) poate contribui la deteriorarea sistemului neural, ca de altfel şi al celui neuromuscular şi a funcţiei fizice la pacienţii vârstnici. Mai mult decât atât, multe studii au demonstrat că BDNF-ul a crescut la pacienţii care au efectuat exerciţii care au inclus şi contracţii izometrice. În special nivelul BDNF-ului a crescut la pacienţii consideraţi non-fragili sau pre-fragili (prin ”fragilitate” este considerat un sindrom al pacienţilor geriatrici care au 3 sau mai multe din următoarele criterii: scădere în greutate neintenţionată, oboseală cronică, slăbiciune, mers încetinit, greoi, și activitate fizică redusă) care au efectuat timp de 10 săptămâni exerciţii fizice. Pe lângă creşterea BDNF-ului s-a înregistrat şi creşterea masei musculare şi a funcţiei fizice.

Durerea lombară de cauză degenerativă este una din cele mai frecvente cauze de durere cronică şi dizabilitate la nivel mondial. Opioidele, inclusiv morfina, sunt medicamentele prescrise cel mai frecvent pentru tratamentul durerii cronice din acestă patologie, de aceea metodologiile de reabilitare şi medicină fizică rămân o alternativă de succes prin lipsa reacţiilor adverse şi creşterea stării de bine pe termen lung.

Revizia chirurgicală în protezele de șold infectate

Infecția unei proteze de șold compromite rezultatul funcțional și uneori prognosticul vital al pacientului. Particularitatea în chirurgia protetică a șoldului este apariția unei infecții profunde, torpide, uneori asimptomatică. Datorită situării profunde a articulației, manifestarea clinică este tardivă și împiedică o intervenție chirurgicală precoce.

D. Sălcudeanu,

D. Marton, P. Fodor,

N.Scoupi,

Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș

Operația de protezare a șoldului este una din cele mai eficace intervenții chirurgicale ortopedice. Cea mai severă complicație în artroplastia coxo-femurală este infecția profundă postoperatorie (0,5-1%). Tratamentul unei proteze infectate are costuri de 4X mai mari decât a unei proteze de primă intenție. Ținând cont că raportul între protezele primare și revizii a ajuns la 60/40 din totalul artroplastiilor (în unele țări), infecția postoperatorie are un impact mare social și economic.

Cele mai bune rezultate în tratamentul acestei complicații se obțin numai printr-o abordare pluridisciplinară: ortoped, medic imagistică medicală, microbiolog, infecționist, anatomopatolog, clinician.

Chiar dacă rata complicațiilor infecțioase postoperatorii este sub 1% din numărul bolnavilor tratați în decursul celor 12 ani, cred că statistica în ce privește procentul infecțiilor postoperatorii nu este concludentă, având în vedere provenența neuniformă și migrația bolnavilor.

Responsabilitatea acestui tip de operație (protezarea șodului) este foarte mare, pe de o parte pentru că numărul operațiilor crește, iar pe de altă parte crește procentual numărul infecțiilor cu germeni rezistenți la tratamentul cu antibiotic (superbacteriile), grevată și de apariția infecțiilor cu Clostridium dificile, excretor de exotoxină asociată tratamentului cu antibiotic. Uneori, această complicație poate să apară și după tratamentul profilactic cu antibiotic.

Diagnosticul de infecție profundă postoperator este ușor de stabilit dar greu acceptat.

1 MILION DE ROMÂNI SUFERĂ DE ASTM

E TIMPUL SĂ TRATĂM DIFERIT ASTMUL

www.viatacuastm.ro

O CAMPANIE:

IDSE Institutul pentru Dezvoltare în Sănătate și Educație

COPAC Coalitia Organizatiilor Pacientilor cu Afectiuni Cronice din Romania

CARAVANA CU MEDICI

SRP Societatea Română de PNEUMOLOGIE

SRAIC Societatea Română de Alergologie și Imunologie Clinică

CU SPRIJINUL:

AstraZeneca

RO-4300/05.2019