



New Medical Buzău

New Medical

sursa dumneavoastră principală de știri profesionale din domeniul sănătății

Anul 2, nr.2, IANUARIE 2024

Apariție lunară gratuită

Lentilele de contact

O metodă de corectarea a viciilor de refracție este portul lentilelor de contact.

Primul pas după optarea pentru lentile de contact îl reprezintă o evaluare completă a ochiului, atât din punct de vedere refractiv, cât și patologic. O rețetă clasică de ochelari nu oferă informații referitoare la toți parametrii necesari alegerii unei lentile de contact. Totodată, în cadrul primului consult sunt aplicate pacientului lentile de contact de probă, cu care se va verifica vederea și se va evalua adaptarea acesteia. Pacientul pleacă din cabinet cu această pereche de lentile, urmând să își formeze o părere referitoare la schimbarea pe care o produce calității vieții și să exerseze aplicatul și îndepărtatul lentilelor.

Pacientii eligibili sunt sfătuiți de un specialist în privința alegerii tipului de lentile de contact adecvate și sunt instruiți în privința aplicării, scoaterii, dar și îngrijirii lentilelor.

Portul lentilelor de contact este recomandat în detrimentul ochelarilor de vedere în cazul viciilor de refracție mari sau în cazul anizotropiei, fiind prezentă o diferență dioptică mare între cei doi ochi.

Lentilele de contact pot fi de mai multe feluri în funcție de scopul pe care îl deservesc. Acestea pot corecta miopia, hipermetropia sau astigmatismul, dar și presbiopia, folosind lentile de contact speciale, multifocale, corecția realizându-se în același timp, atât la distanță, cât și la aproape.

În cazul apariției problemelor patologice de tipul conjunctivitei, ochilor roșii sau lacrimării excesive, se recomandă îndepărtarea lentilelor de contact și vizita unui specialist al vederii care să stabilească momentul oportun reluării portului acestora.

Ana Maria Ion,
Inginer optometrist

Patologia alergătorului

În ultimul timp alergarea ca sport de recreere a luat o mare amploare, existând din ce în ce mai mulți oameni de toate vârstele care preferă alergarea în detrimentul altor sporturi. Odată ce prinzi gustul, vrei din ce în ce mai mult și apare dorința de a participa la competiții. Impactul repetat al miilor de pași are repercursiuni asupra aparatului locomotor.

Vă prezint cele mai frecvente afecțiuni ale membrelor inferioare care apar după solicitarea din alergare.

FASCEITA PLANTARĂ

Fascia plantară este o bandă de țesut conjunctiv între călcâi și partea din față a tălpii. Aceasta se poate inflama și apar dureri difuze în talpă, care scad în intensitate pe măsură ce facem efort și piciorul se încălzește.

Tratamentul constă în repaus 2-3 săptămâni, antiinflamatorii orale și locale. Este necesară folosirea unor pantofi adecvați, eventual purtarea de talonete plantare. Dacă simptomele nu cedează se poate continua cu tratament fizioterapeutic și kinetoterapie. În cazuri mai rebele la tratament se poate face infiltrație locală cu cortizon, colagen, PRP.

TENDINITA AHILEANĂ

Tendonul lui Ahile leagă muschii posteriori ai gambei de călcâi. De obicei, se inflamează la alergarea pe dealuri și sol moale, precum și la alergarea de viteză.

Tratamentul constă în repaus, purtarea unui toc mic în pantof pentru relaxarea tendonului, antiinflamatorii locale și orale. Avansat necesită fizioterapie.

SINDROMUL DE SOLICITARE MEDIANĂ A TIBIEI

Este vorba de dureri apărute în zona tibiei în timpul alergării din cauza inflamării mușchiului tibial anterior sau a fasciei musculare. Ele sunt mai frecvente când se crește brusc distanța de alergare sau alergarea pe suprafețe rigide.

Tratamentul constă în antiinflamatorii orale și locale și fizioterapie.

GENUNCHIUL ALERGĂTORULUI

Durere ascuțită direct sub rotulă dată de mișcarea rotulei în timpul alergării. Se poate trata cu aplicarea de benzi kinesiologice, gheață local și antiinflamatorii.

TENDINITA ILIOTIBIALĂ (SINDROM DE BANDELETA ILIOTIBIALĂ)

Această afecțiune cauzează o durere surdă în partea exterioară a genunchiului care se agravează cu alergarea. Apare la alergarea pe distanțe foarte lungi. Repausul este primul pas către vindecare alături de benzi kinesiologice și antiinflamatorii mai puternice. Fizioterapia completează tratamentul.

SINDROMUL MUȘCHIULUI PIRIFORM

Mușchiul piriform este localizat în profunzime la nivelul fesei. Dacă devine încordat apare o durere în adâncimea fesei în timpul alergării. Creșterea vitezei și a distanței de alergare prea rapid duce la apariția acestei afecțiuni.

Remediul este dat de fiziokinetoterapie și antiinflamatorii orale. Repausul este binevenit timp de 7-10 zile.

În speranța că v-am oferit o orientare, vis-a-vis de patologia alergătorului, vă sugerez ca la primele simptome apărute să faceți repaus și să luați un antiinflamator ușor.

Și dacă nu cedează, vă aștept la consult la clinica NEW MEDICAL, unde cu siguranță vom rezolva problema dumneavoastră!



Dacă simți disconfort sau durere într-o anumită zonă, ia o pauză de câteva zile.

**Dr. Dragoș Porumb
Ortoped**



Prevenția bolilor cardiovasculare

La nivel global, bolile cardiovasculare prezintă cea mai frecventă cauză, prevenția acestora are ca obiectiv: reducerea mortalității și morbidității și creșterea speranței de viață cu ameliorarea calității vieții.[1]

Prevenția este împărțită în: primară, care se referă la corectarea factorilor de risc și împiedicarea apariției bolilor cardiovasculare; secundară: măsurile care sunt aplicate la cei cu boală cardiovasculară diagnosticată și previne reapariția acestora (de exemplu recidiva unui infarct miocardic sau accident vascular cerebral). Și mai putem vorbi și de prevenția primordială, ce are ca obiectiv evitarea apariției factorilor de risc la nivelul societății și ar trebui inițiată, cât mai devreme, prin intervențiile asupra stilului de viață cum ar fi:

1. Fumatul - este asociat cu cel mai înalt risc de a dezvolta infarct miocardic sau alte boli cardiovasculare, indiferent de forma de utilizare. Un fumător are o durată de viață, în medie, cu 10 ani mai scăzută. În România fumează aproximativ 5 milioane persoane, fiind mai frecvent la bărbați 37,4%, decât la femei 26,7%. Renunțarea la fumat este cea mai eficientă metodă dintre toate măsurile de prevenție. Nu există limită de vârstă în ce privește beneficiul opririi fumatului. [2]

2. Activitatea fizică - adulții care au un mod de viață sedentar au un risc de 20-30% mai crescut de mortalitate comparativ cu cei care realizează cel puțin 150 de minute de exercițiu fizic regulat săptămânal. Activitatea fizică scade riscul de boală coronariană ischemică, AVC, diabet, cancer. [3] Scăderea activității fizice asociată cu schimbări în modul de alimentație (hrană procesată, exces de carbohidrați, grăsimi) au dus la un dezechilibru între aport și consumul caloric cu apariția epidemiei de obezitate. Orice creștere a nivelului de efort are efecte pozitive (de exemplu, utilizarea scării în locul ascensorului, parcare mașinii la 15 minute de destinație). Fiecare își poate alege modalitatea de activitate: (dans, ciclism, grădinarit) programele în grup sau de familie cresc complianța la efort. Este recomandat de efectuat cel puțin 30 de minute zilnic timp de 5 zile, de activitate fizică de intensitate moderată sau de cel puțin 15 min de activitate fizică intensă. Beneficii suplimentare sunt obținute prin activitatea moderată 300 minute (5 ore) pe săptămână sau 150 de minute de activitate fizică intensă pe săptămână. Sesiuni cu durată mai scurtă de 10 minute pot avea un beneficiu la persoanele cu un grad de decondiționare fizică. [4,5]

3. Alimentația sănătoasă - o dietă sănătoasă este caracterizată prin: aportul de acizi grași saturați să reprezinte mai puțin de 10% din aportul total de energie (se găsesc preponderent în produse de patiserie, margarină, chipsuri). Mai puțin de 5 grame de sare pe zi, 30-45 grame fibre pe zi, din legume, fructe, cereale integrale, 200 de grame de fructe, 200 de grame de legume. Cel puțin de 2 ori pe săptămână, dintre care cel puțin o dată, pește gras. Carne procesată, maxim 2 porții pe săptămână. [4] Consumul de nuci (nuci, alune, migdale) 30 de grame zilnic, reduc riscul de boli cardiovasculare cu 30%. [6] Alimentele cu efecte dovedite cardioprotectoare sunt: nucile, legumele, fructele, peștele, cereale integrale, ulei de pește.



Dr. Maia Rusu,
Cardiolog

4. Menținerea greutății - se recomandă ca greutatea corporală să fie ținută sub control. Este de preferat ca bărbații să aibă o circumferință abdominală sub 94 cm, iar femeile, sub 80 cm și un indice de masă corporală (IMC) între 20-25. Controlul nivelurilor crescute de lipide din sânge, controlul adecvat al glicemiei în diabetul zaharat și al hipertensiunii arteriale sunt alte deziderate ce trebuie îndeplinite pentru a preveni bolile cardiace.

5. Somnul de calitate - persoanele care nu dorm suficient au un risc mai mare de obezitate, hipertensiune arterială, atac de cord, diabet și depresie. Majoritatea adulților au nevoie de cel puțin șapte ore de somn în fiecare noapte. Este nevoie de un program stabil de somn, cu culcarea și trezirea la aceeași oră. [7]

Implimentarea măsurilor de prevenție trebuie începută cât mai precoce, încă din perioada copilăriei. Rezultate benefice vizibile se vor obține doar atunci când va exista o conștientizare din partea persoanelor fără factori de risc sau cu factori de risc, dar asimptomatici a importanței prevenției cardiovasculare prin schimbarea stilului de viață.

Note:

1. Naghavi M, Wang H, Lozano R, et al. Global, regional and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2013. *Lancet* 2015; 385: 117-71.

2. 2011 Global Adult Tobacco Survey Romania 2011 (http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/gats_romania_report_2011.pdf).

3. Williams PT. Physical fitness and activity as separate heart disease risk factors: a meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33: 754-761.

4. Frank L J Visseren, François Mach, Yvo M Smulders, et al. (2021). ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC) *European Heart Journal*, Volume 42, Issue 34, 7 September 2021, Pages 3227–3337.

5. US Department of Health and Human Services. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. www.health.gov/paguidelines.

6. Luo C, Zhang Y, Ding Y, et al. Nut consumption and risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2014; 100:256-269.

7. Heart disease prevention: Strategies to keep your heart healthy - Mayo Clinic <https://www.mayoclinic.org/.../in-depth/heart-disease-prevention/art-20046502>.



Rezistența la insulină și sindromul ovarelor polichistice

Dr. Gabriela-Cristina Florea, medic primar obstetrică-ginecologie

În ultimii ani, din ce în ce mai multe femei se adresează ginecologilor pentru tulburări de ciclu menstrual, sângerări anormale, neregulate sau amenoree (absența menstruației), infertilitate care au ca și cauză sindromul metabolic și mai ales rezistența la insulină.

Pentru a înțelege legătura dintre aceste afecțiuni vă propun să aflăm despre sindromul de rezistență la insulină și mecanismele care îl produc. Rezistența la insulină apare atunci când corpul nu răspunde așa cum ar trebui la insulină, hormonul care reglează nivelul glucozei în sânge. Aceasta înseamnă că celulele musculare, hepatice și adipoase nu răspund la reglarea prin intermediul insulinei.

În mod normal, procesele fiziologice legate de glucoză sunt următoarele: din digestia alimentelor rezultă glucoza, care este principala sursă de energie a organismului. Glucoza trece în sânge, ceea ce semnalizează pancreasului să producă insulina. Insulina ajută glucoza să intre în celulele musculare, hepatice și adipoase pentru a fi folosită sau depozitată pentru mai târziu.

Ce se întâmplă atunci când apare rezistența la insulină este că din diverse motive aceste celule nu răspund în mod eficient la insulină, adică nu pot prelua glucoza din sânge pentru a o folosi, cu creșterea nivelului acesteia în sânge. Ca efect secundar apare creșterea secreției de insulină, corpul încercând să scadă glicemia. Atâta vreme cât pancreasul poate produce suficientă insulină pentru a contracara, răspunsul slab al celulelor la insulină, nivelul glicemiei este menținut în limite normale. Când aceste mecanisme sunt depășite apare hiperglicemia, care, în timp, dacă nu se iau măsuri, duce la instalarea diabetului zaharat de tip 2.

Rezistența la insulină poate fi o condiție temporară sau permanentă, în funcție de momentul diagnosticării și de atitudinea și complianța pacientei.

În mod clasic, rezistența la insulină se asociază cu obezitate (mai ales la nivel abdominal, circumferința abdominală peste 80 cm la femei), boli cardiovasculare (HTA) ficatul gras non alcoolic, SOPC și sindromul metabolic.

Ca factori de risc: dieta bogată în carbohidrați și grăsimi saturate, sedentarismul (activitatea fizică regulată face corpul mai sensibil la insulină și ajută mușchii să absoarbă și să utilizeze glucoza), anumite tipuri de medicamente (corticosteroizi, anumite antihipertensive, posibil medicație psihiatrică).

Ceea ce este însă interesant este faptul că studii recente au demonstrat că și pacientele normoponderale (dar care au avut mici creșteri ponderale cu creșterea grăsimii abdominale și creșterea circumferinței taliei, la care se adaugă obiceiurile alimentare și lipsa de activitate fizică) sunt incluse în grupa de risc pentru rezistența la insulină asociată cu SOPC. Unele studii arată că mai mult de jumătate din pacientele normoponderale care au ceilalți factori de risc pentru rezistența la insulină au SOPC. Mecanismul nu este clar cunoscut, însă asocierea dintre stresul oxidativ, sindromul inflamator cronic, disfuncție mitocondrială, influențarea sintezei ovariene și extraovariene de hormoni care apar în rezistența la insulină duc la apariția *sindromului de ovare polichistice*.

În cadrul consultului preconceptiv, de exemplu, este posibil ca medicul dumneavoastră să investigheze și *sindromul metabolic*, fiind cunoscută legătura dintre acesta și subfertilitate/infertilitate.

Explicarea mecanismelor de producere a acestor afecțiuni complexe, care se influențează reciproc, este cheia obținerii complianței pacientelor, mai ales că prima acțiune este schimbarea stilului de viață, alimentație sănătoasă și echilibrată, activitate fizică regulată și bineînțeles susținere terapeutică în funcție de particularitățile pacientei.

Bibliografie:

<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/22206-insulin-resistance>

<https://www.webmd.com/diabetes/insulin-resistance-syndrome>

<https://diabetesjournals.org/diabetes/article/47/5/699/9469/Type-2-metabolically-obese-normal-weight-individual>

<https://academic.oup.com/jcem/article/104/6/2171/5288014>

<https://ovarianresearch.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13048-022-01091-0>

SPECIALITĂȚI MEDICALE DECONTATE LA CLINICA NEW MEDICAL

Clinica New Medical Proiect,
Str. Păcii, nr. 4, Telefon: 0338.401.490

- » **Cardiologie:** Dr. Rusu Maia
- » **Diabet, nutriție și boli metabolice:** Dr. Mihalache Daiana
- » **Endocrinologie:** Dr. Gațu Alina- Andreea
- » **Psihiatrie:** Dr. Constantin Simona Georgiana, Dr. Rădan Melania, Dr. Elisabeta Lavinia Ștefan

Clinica New Medical Proiect,
Str. Victoriei, nr. 1A, Telefon 0338.401.656

- » **Boli infecțioase:** Dr. Damian Elena
- » **Medicină internă:** Dr. Neamțu Andrei
- » **Psihiatrie:** Dr. Chițurlea Raluca

Clinica New Medical Optic Vision,
Str. Victoriei, nr. 1A, Telefon 0338.401.656

- » **Oftalmologie:** Dr. Stan Patricia

Introducerea în Boala Parkinson



Dr. Cristina Mărgărit,
Medic specialist Neurologie

Boala Parkinson este o afecțiune degenerativă ce presupune funcționarea defectuoasă și moartea unor celule (neuroni) din creier. Este o patologie progresivă ceea ce înseamnă că semnele și simptomele se înrăutățesc în timp și pot deveni în cele din urmă debilitante. Cauza nu este cunoscută, motiv pentru care nu există un tratament curativ la momentul actual.

Persoanele cu Boala Parkinson nu au cantități suficiente de dopamină (un neurotransmițător din creier) datorită distrugerii neuronilor secretori cu aceste substanțe chimice. Cei mai mulți neuroni producători de dopamină se regăsesc în zona din creier, denumită substanță neagră și ajută la producerea mișcărilor line controlate. O cantitate scăzută de dopamină determină afectarea mișcării, iar cu cât e mai mare pierderea de dopamină, cu atât sunt mai grave simptomele. Semnele și simptomele diferă de la o persoană la alta și nu apar în aceeași ordine. Astfel, fiecare pacient cu Boala Parkinson este diferit, progresia este diferită, iar tratamentul adaptat fiecăruia. Semnele și simptomele precoce pot fi ușoare și pot trece neobservate. Frecvent, debutează pe o parte a corpului și rămân mai accentuate pe partea respectivă, după ce încep să afecteze ambele părți ale corpului.

Simptomele cele mai frecvente sunt: tremorul, rigiditatea, tulburări posturale și lentuarea mișcărilor. Tremorul este, de

regulă, în repaus sau în caz de agitație, stres, supărare, deși este frecvent nu apare la toată lumea. Rigiditatea poate fi dureroasă, poate exista în expresivitate facială și postură încovoiată a corpului. Tulburările posturale pot afecta echilibrul și pot determina căderi. Lentuarea mișcărilor determină o mișcare dificilă, efectuarea mișcării durează mai mult și poate apărea blocajul în mișcare - fenomenul de „freezing”.

Pe lângă simptomele cele mai frecvente se mai pot adăuga și depresia, anxietatea, apatia, constipația, tulburări de somn, modificări ale vorbirii și scrisului (scris mic și tremurat), salivă și transpirație excesivă, dificultăți de înghițire, tulburări de gândire și memorie, halucinații, iluzii.

Tratamentul actual ajută în controlarea simptomelor și creșterea calității vieții, iar în funcție de fiecare caz, include medicație, tratament chirurgical, kinetoterapie, dietă, terapia vorbirii.

Printre alimentele ce ar putea ajuta pacienții cu Boala Parkinson enumerăm: prunele - au conținut ridicat de vitamina E cu efect antioxidant și locativ prevenind constipația, cafeaua, fructele de pădure (în special afinele și merișoare, efect antioxidant și antiinflamator), portocale și ardei gras (cu conținut bogat în vitamina C și efect antioxidant), somonul (bogatul unui omega 3 cu rol antiinflamator), anghinarea (bogată în fibre ce ajută la funcția digestivă). S-au dovedit utile exercițiile aerobice, exercițiile de mers, antrenamentul la rezistență pentru întărirea musculaturii și dans cu rol de în echilibru.

Atenție, este importantă prezentarea la medic în cazul unui astfel de semne și simptome. Acestea sunt caracteristici mai multor afecțiuni și se vor integra în context clinic, paraclinic și anamnezic de către medicul de specialitate pentru a putea pune un diagnostic cât mai corect.

Provocările în sistemul medical privat 2024

Clinica **New Medical Proiect** își propune și în acest an ca toate eforturile pe care le vom depune să răspundă în continuare nevoilor pacienților și pentru a asigura calitatea și siguranța actului medical.

La nivelul clinicilor din rețeaua **New Medical Proiect** oferim servicii medicale cu ajutorul celor peste 112 de angajați și colaboratori. Vom dezvolta și susține și în acest an o serie de proiecte, menite să vină în sprijinul angajaților sau al cadrelor medicale aflate la început de drum.

De asemenea, vom participa constant la evenimente medicale unde ne vom baza pe împărtășirea cunoștințelor, tehnologiilor sau procedurilor care vor răspunde la doleanțele pacienților noștri.

Sfârșitul de an nu ne-a luat prin surprindere prin aprobarea **Proiectului de buget de stat pentru anul 2024**, care

nu reflectă nevoile reale ale sistemului de sănătate privat din România, dar eforturile noastre comune vor fi cu precădere ca în ultimii ani, în beneficiul pacienților.

Sperăm ca împreună cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate să generăm soluții menite să asigure sustenabilitatea sistemului de sănătate și să garantăm accesul populației la servicii medicale în sistemul privat la prețuri accesibile.

Vom acorda o importanță sporită componentei de prevenție, prin intermediul abonamentelor medicale sau al asigurărilor voluntare de care beneficiază, în acest moment, un număr important din pacienții noștri, dar vom continua să ne axăm și pe componenta de vindecare, prin contribuția semnificativă a plăților directe ale populației pentru accesarea serviciilor medicale.

Personalul Clinicii **New Medical Proiect** vă vor asigura în continuare un acces rapid la serviciile medicale, având permanent în centrul atenției pacienții și nevoile acestora.

Daniel Dobref



Opiniile și părerile exprimate în articolele publicate sub semnătura autorilor au caracter strict personal și nu angajează în vreun fel răspunderea editorului sau a redacției.

Copyright: este autorizată orice reproducere, fără a percepe taxe, cu condiția indicării cu exactitate a numărului și a datei apariției publicației.

Echipa redacțională:
Redactor-șef Daniel Dobref;
Redactor Marius Stoian;
Redactor Iulian Cadulencu;
Redactor Sandu Popa;
Tehnoredactare computerizată
Iulian Cadulencu

Clinica NEW MEDICAL PROIECT
Telefon: 0772.153.310 Telefon fix: 0338.101.164
E-mail: newmedicalproiect@gmail.com /
office@newmedical.ro
<https://www.newmedical.ro/>

ISSN 3008 - 6043, ISSN-L 3008 - 6043