



Fasceita plantară



Fasceita plantară este o afecțiune frecventă la nivelul călcâiului și plantei și reprezintă inflamația fasciei plantare (o bandă fibroasă între calcaneu și degetele de la picioare).

Se caracterizează prin dureri intense la nivelul călcâiului și piciorului care apar dimineața cu primii pași sau după perioade de staționare.

Poate apărea la alergători, supraponderali, cei ce poartă încălțăminte neadecvată, dar poate apărea și fără o cauză anume mai ales între 40 și 60 ani.

Investigația de rutină este radiografia de gleznă care poate decela un pinten calcanean la locul de inserție al fasciei pe calcaneu.

Tratamentul constă în odihna piciorului alături de medicație antiinflamatorie (Naproxen, Ketoprofen, Ibuprofen, etc). Medicația trebuie tatonată deoarece durerile pot fi rebele la tratament.

Fizioterapia este o altă etapă a tratamentului: electroterapie, magnetoterapie, terapie cu ultrasunete. Și nu în ultimul rând folosirea unei încălțăminte adecvată sau a talonetelor plantare.

Un tratament mai avansat este reprezentat de infiltrație locală cu Diprofos și Xilină. Uneori este nevoie de radioterapie localizată ca și tratament antiinflamator și foarte rar de intervenții chirurgicale.

Cu cât abordăm mai devreme această afecțiune cu atât rezultatele sunt mai bune!

Dr. Dragoș Porumb,
medic Primar Ortopedie și
Traumatologie

Hernia de disc lombară

Hernia de disc lombară este una dintre cele mai frecvente patologii degenerative spinale neurochirurgicale. Coloana este formată din suprapunerea mai multor vertebre, acestea fiind separate de discurile intervertebrale cu rol de amortizor. Discul este constituit dintr-un strat extern dur, numit inel fibros și un centru cu aspect gelatinos, mai moale – nucleul pulpos. Astfel, hernia de disc reprezintă migrarea nucleului pulpos discal printr-o zonă de rezistență scăzută a inelului fibros. Hernia de disc este cel mai adesea rezultatul unei îmbătrâniri treptate a discului intervertebral, datorită uzurii. Pe măsură ce înaintăm în vârstă, discurile vertebrale pierd o parte din conținutul lor de apă. Asta le face mai puțin flexibile și mai predispuse la rupere, chiar în condițiile unor stresuri fizice minore (de exemplu - un strănut sau o rotație bruscă a corpului). Uneori, folosind mușchii spatelui în loc de membrele inferioare pentru a ridica obiecte mari, grele poate duce la o hernie de disc, mai ales dacă ridicarea asociază și mișcări de răsucire sau înclinare a corpului. Rar, un eveniment traumatic, cum ar fi o cădere sau o lovitură la partea din spate poate provoca o hernie de disc.

Hernia de disc lombară este mai frecventă la vârsta de mijloc, în special între 35 și 45 de ani, la persoanele cu exces ponderal și un loc de muncă solicitant fizic sau cu o activitate profesională ce se desfășoară exclusiv în poziție șezândă. Puteți avea o hernie de disc chiar fără să știți. Există pacienți care sunt investigați imagistic pentru alte afecțiuni și se descoperă o hernie de disc, care este asimptomatică pentru că nu comprimă nervii. Uneori însă, hernia de disc lombară poate fi dureroasă, iar simptomele pot varia în funcție de localizarea pe care discul herniat o are de-a lungul coloanei vertebrale.

Hernia de disc lombară se poate manifesta prin durere de spate, senzație de tensiune sau crampe în spate, durere care iradiază în jos pe coapsă/gambă/labă piciorului, fiind accentuată de anumite poziții ale corpului, strănut și tuse, amorțeli și furnicături în coapsă/gambă/labă piciorului, senzație de slăbiciune musculară, rar pierderea controlului pentru urină și scaun. În aceste cazuri este important să consultați un medic neurochirurg în vederea stabilirii unei conduite terapeutice.

Solicitați asistență medicală de urgență în cazul în care simptomele se agravează precum durerea, senzația de amorțeală sau slăbiciune care poate crește până la punctul în care nu puteți să efectuați activitățile dvs. obișnuite de zi cu zi sau apare disfuncția vezicii urinare. Persoanele care au sindromul **cauda equina** pot deveni incontinente sau cu dificultăți de urinare, chiar cu o vezică plină. O urgență o reprezintă și anestezia „în șă”, aceasta fiind o pierdere progresivă a senzației care afectează următoarele zone – partea internă a coapselor, regiunea fesieră, precum și regiunea anală și genitală.

Majoritatea pacienților cu hernie de disc lombară au însă nevoie de intervenție chirurgicală. Medicul neurochirurg în funcție de simptomatologie și examinările imagistice (IRM/CT coloana lombară) poate stabili indicația operatorie. Indicația cel mai frecvent este dată de: tratamentul medicamentos care nu reușește să amelioreze simptomele, prezența unui fragment de disc exteriorizat în canalul spinal vizibil imagistic care determină compresie pe un nerv și care determină paralizie progresivă sau simptomele afectează activități de bază, cum ar fi mersul pe jos sau statul în picioare.

În prezent intervenția chirurgicală se efectuează prin tehnici moderne de chirurgie minim invazivă. Astfel, incizia cutanată în zona lombară este foarte mică, în unele cazuri de chiar 2 cm - în funcție de țesutul adipos lombar, recuperarea este foarte rapidă, pacientul fiind mobilizat chiar în ziua intervenției chirurgicale, iar reluarea activităților cotidiene este posibilă la 2-3 săptămâni după intervenția chirurgicală.



Majoritatea pacienților cu hernie de disc lombară au însă nevoie de intervenție chirurgicală

Dr. Rotărescu Ștefan
medic neurochirurg

OSTEOPOROZA

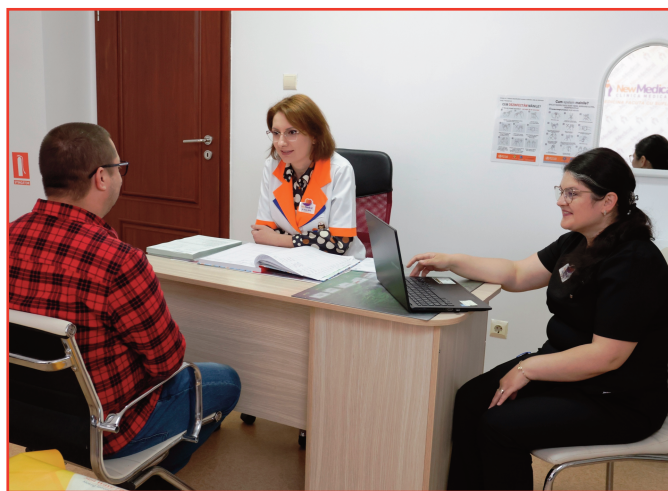
- date generale, factori de risc, posibilități de tratament

Osteoporoza este o afecțiune determinată de scăderea densității minerale osoase și modificări ale structurii oaselor. Acestea conduc la rezistență scăzută a osului și astfel la fragilitate osoasă, cu risc de fractură la traume minime.

Osteoporoza se instalează în timp, nu are semne clinice specifice și este mai frecventă la femeile aflate la menopauză, la cele la care și-au îndepărtat ovarele chirurgical, la pacienții care urmează tratament hormonal pentru neoplazii sau la cei care au în familie cazuri de osteoporoza, în special rude cu fractură de sold.

Alți factori care pot crește semnificativ **riscul de apariție a osteoporozei** sunt: **alimentația** (dietele sărace în calciu sau dietele dezechilibrate), utilizarea cronică de anumite **medicamente** (sterozii, antiacide, tratament anticonvulsiv sau imunosupresoare), asocierea unor **patologiilor** renale, hepatice, neoplazii, boli autoimune reumatologice sau gastroenterologice. Contribuie la apariția bolii și **stilul de viață sedentar, consumul excesiv de alcool sau fumatul**.

Așa cum am amintit anterior, stadiile incipiente ale pierderii de masă osoasă nu se asociază cu simptomatologie. Osteoporoza în sine nu doare, dar durerea poate apărea în cazul care se produce o fractură, iar în acel moment ne așteptăm deja ca densitatea osoasă să fie una foarte redusă. Fracturile pot apărea în urmă căderii de la propria înălțime, dar și la ridicarea de obiecte, la mișcări de răsucire sau aplecare a corpului. În momentul în care apare prima fractură, riscul de apariție a unei alte fracturi este foarte crescut.



Testul de osteodensitometrie DXA este testul care stabilește diagnosticul. Acesta se realizează cu ajutorul unui aparat care utilizează niveluri foarte reduse de raze X pentru a determina densitatea osoasă. Măsurătoarea se face la nivelul coloanei vertebrale lombare, la nivelul șoldurilor sau în cazuri selecționate, a antebrăului. Testul poate arăta o densitate normală, o masă osoasă mai scăzută, pe care o numim osteopenie sau preosteoporoza sau o densitate osoasă foarte redusă, și atunci stabilim diagnosticul de osteoporoza, deci oasele au devenit fragile și au risc de fractură.

Testul se recomandă tuturor **femeilor peste 65 de ani, bărbaților peste 70 de ani**, persoanelor care prezintă o **fractură după 50 de ani**, femeilor la **menopauză cu factori de risc** asociați sau **bărbaților între 50-69 ani cu factori de risc**. Testul se efectuează și pacienților care au urmat **corticoterapie** mai mult de 3 luni, au istoric de **neoplazie și se află sub tratament hormonal** sau dacă în urmă unor explorări imagistice se decelează **tasări vertebrale** sau densitate osoasă scăzută. **O mare pondere a pacienților care suferă fracturi nu sunt direcționați și către evaluarea densității osoase și din păcate, fără inițierea tratamentului necesar, riscul de fracturi suplimentare crește exponențial. E foarte important să legăm apariția unei fracturi, fie și după un traumatism sever, nu doar minor, cu un potențial risc de osteoporoza!**

Suplimentar, se efectuează **analize de sânge** și în funcție de patologie teste specifice înainte de inițierea tratamentului.

Tratamentul este individualizat în funcție de pacient, asociază **suplimentarea cu vitamina D, aport de calciu** din alimentație sau suplimente de calciu și tratament specific, antiresorbtiv sau osteoanabolic.

Categoriile de tratamente disponibile în acest moment sunt:

- Tratamentul osteoanabolic - **teriparatid** (sub formă injectabilă, un stilou cu ac atraumatic, cu administrare zilnică timp de unul, maxim 2 ani în viață);
- Antiresorbtiv – **bisfosfonatii** (alendronat, risedronat sau ibandronat) sub formă de comprimate cu administrare săptămânală (alendronat sau risedronat 35 mg), bilunar (risedronat 75 mg) sau lunar (ibandronat) sau administrare intravenoasă la 3 luni (ibandronat);
- Antiresorbtiv - tratament biologic - **denosumab** (Prolia), care se administrează subcutanat la 6 luni;
- Tratament hormonal de substituție (**HRT**) pentru femeile recent menopauzate, după evaluarea riscurilor.

Pentru că tratamentul să fie eficient, pacientul trebuie să respecte recomandările și să administreze corect tratamentul prescris, dar sunt importante și modificările stilului de viață: **renunțarea la fumat, evitarea consumului de alcool, adoptarea unei diete bogate în calciu și proteine, expunerea la soare sau suplimentare cu Vitamina D, activitate fizică regulată.**



Este important să nu ignori osteoporoza și să cauți ajutor medical pentru a preveni complicațiile și pentru a-ți menține sănătatea osoasă.

Dr. Gațu Alina,
Medic specialist
Endocrinologie



Lăcrimare excesivă

Lăcrimarea excesivă apare secundar unui dezechilibru între secreția de lacrimi și eliminarea acestora. Deși lacrimile sunt esențiale menținerii sănătății ochilor, prezența acestora în exces duce la disconfort. Astfel o creștere a producției de lacrimi secundară unor fenomene iritative la nivelul ochiului duce la hiperlăcrimare, dar și eliminarea lacrimilor în exces duce la stimularea reflexă a producției de lacrimi fapt care poate avea același rezultat.

Ca simptomatologie, lăcrimarea poate asocia: roșeața, senzație de nisip în ochi, vedere neclară, durere, sensibilitate la lumină, formare de scuame și cruste la nivelul pleoapelor, înroșire, inflamare sau mâncărimi la nivelul pleoapelor.

Cauzele lăcrimării excesive sunt multiple, de aceea este necesar să consultați un medic specialist ce poate identifica cauza și poate oferi tratament individualizat.

1. Afectarea drenajului lacrimal:

- prin îngustarea sau închiderea diverselor segmente ale sistemului de drenaj nazolacrimal. Acestea pot afecta pacienții de toate vârstele și în funcție de nivelul obstrucției poate necesita diverse forme de tratament. De asemenea, diverse patologii din sfera ORL pot împiedica eliminarea lacrimilor.

- Un alt caz special de afectare a drenajului lacrimilor apare la pacienții ce au o funcție mai scăzută a mușchiului orbicular prezent la nivelul pleoapelor, care nu își mai realizează funcția de pompă (împinge lacrimile în canalul nazolacrimal). (Această condiție afectează pacienții ce prezintă pareze faciale sau sindrom de pleopa flască)

- În cazul în care punctul lacrimal nu este în contact cu globul ocular de asemenea apare lăcrimare în exces - entropion, ectropion, eversia punctului lacrimal.

2. Secreția în exces

apare în urma uscăciunii oculare sau a apariției unui factor iritant, lacrimile având rolul de a proteja suprafața oculară. Sunt nenumărate patologii ale suprafeței oculare ce duc la hiperlăcrimare, dar unele din cele mai frecvente cauze pot fi: blefarita, sindromul de ochi uscat, conjunctivite și în special conjunctivita alergică, keratite și keratoconjunctivite. De asemenea, expunerea la diverse substanțe iritante, condiții de mediu (vânt puternic, frig, soare) sau expunerea îndelungată la ecrane poate determina lăcrimare excesivă.

Diagnosticul este stabilit în marea majoritate a cazurilor în urma istoricului și examenului oftalmologic, la care se pot adăuga diverse teste ce pot fi efectuate în cabinet, de tipul testului Schirmer sau Jones, timpului de

rupere a filmului lacrimal sau mai pot fi necesare investigații imagistice. De asemenea, se poate realiza lavajul căilor lacrimale, în cazul suspiciunii unei obstrucții la nivelul acestora, pentru a determina permeabilitatea acestora.

Tratamentul depinde de severitatea simptomelor și de cauza acestora. Astfel pot fi necesare măsuri generale de tipul: utilizarea lacrimilor artificiale; a face pauze mai dese în timpul activităților de tipul: expunere la ecrane, citit; utilizarea compreselor calde; menținerea igienei locale. Diferitele cauze de hiperlăcrimare pot necesita metode de tratament specific: în cazul conjunctivitelor sau a keratoconjunctivitelor pot fi necesare diverse tipuri de picături recomandate de medicul oftalmolog, în cazul trichiasisului sau a corpului străin ocular acestea vor fi îndepărtate de către medicul dumneavoastră. În cazul obstrucției canalului lacrimal, în funcție de localizare acesteia, pot fi necesare diferite tipuri de intervenții chirurgicale pentru a restabili fluxul normal al lacrimilor. Atunci când lăcrimarea apare secundar unor anomalii de statica palpebrală de tipul entropion/ectropion palpebral o intervenție chirurgicală ce asigură re poziționarea corectă a pleoapei este necesară.

Succesul tratamentului este strâns legat de stabilirea cauzei lăcrimării excesive. Acest lucru poate fi dificil atunci când cauza lăcrimării este multifactorială.

Având în vedere multitudinea de cauze ce pot determina lăcrimare în exces, pacienții sunt sfătuiți să consulte medicul oftalmolog pentru a beneficia de un tratament personalizat.

Sfaturi pentru managementul lăcrimatului în exces:

- *Mențineți ochii curați spălând ușor pleoapele cu apă caldă și șampon special sau folosiți șervetele de igienă oculară;*

- *Utilizați lacrimi artificiale sau picături oftalmice lubrifiante conform instrucțiunilor pentru a ameliora uscăciunea și a îmbunătăți calitatea lacrimilor;*

- *Evitați frecarea ochilor, deoarece aceasta poate agrava iritarea și inflamația;*

- *Protejați ochii de iritanții ambientali, cum ar fi vântul, fumul și praful, purtând ochelari de protecție sau de soare;*

- *Urmați recomandările medicului pentru orice medicamente sau tratamente prescrise.*

Dr. Stan Andreea Patricia,
medic specialist oftalmolog - FEBO

SPECIALITĂȚI MEDICALE DECONTATE LA C L I N I C A N E W M E D I C A L

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 Șteful

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

Începând cu luna februarie, pe parcursul a mai multor numere vă vom pune la dispoziție un articol al Dr. Damian Elena - medic primar în boli infecțioase, despre Rujeola - boală a copilăriei cauzată de un virus.

RUJEOLA (Pojar, Cori, Morbili)

(Continuare din numărul trecut)

DIAGNOSTIC

Diagnosticul pozitiv se stabilește pe baza datelor anamnezice, epidemiologice, clinice și paraclinice. Diagnosticul de LABORATOR - DATE NESPECIFICE DE LABORATOR

- Absența sindromului inflamator biologic. Atunci când în rujeolă apare un sindrom inflamator biologic respectând apariția unei complicații prin suprainfecție bacteriană;

- Hemoleucograma arată un număr normal de leucocite sau leucopenie cu tendința la limfomonocitoză;

- Uneori transaminazele (ALT și AST) moderat crescute mai ales la adulți. DIAGNOSTIC ENOLOGIC IZOLAREA VIRUSULUI RUJEOLIC din secrețiile nazofaringiene și din sânge în perioada de debut este laborioasă și costisitoare, motiv pentru care nu se utilizează de rutină în practica medicală.

TESTE SEROLOGICE pentru evidențierea anticorpilor antirujeoliți. Sunt cele mai folosite în practica clinică curentă.

CELE mai utilizate teste serologice sunt cele de tip ELISA, care pot diferenția anticorpii antirujeolici de tip Ig M și Ig G. Prezența anticorpilor de tip Ig M semnifică infecția acută în virus rujeolic și confirmă infecția acută de rujeolă (diagnostic de rujeolă în prezent). Prezența anticorpilor de tip Ig G arată existența unei imunizări împotriva rujeolei dobândite în trecut, fie despre boală, fie despre vaccinarea antirujeolică. Alături de radiografia pulmonară poate fi necesară efectuarea EEG, EKG pentru a putea depista prezența complicațiilor. DE OBICEI, EXAMENUL CLINIC OBIECTIV al pacientului este suficient pentru stabilirea diagnosticului.

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL Se va face cu alte boli eruptive:

- Exanteme alergice pruriginoase (urticarie alimentară, erupții medicamente);

- Alte boli eruptive virale (Rubeola – virusul reubella, MEGALERITEMUL INFECTIOS parvovirusul B19, ENTEROVIRUSURI, VIRUSURI HEPATICE, VIRUSUL EPSTEIN-BARR, HIV);

Dr. Damian Elena - medic primar în boli infecțioase (continuare în numărul următor)

Medicina privată - partenerul medicinei de stat

Dezbaterea dintre medicina privată și cea publică în sistemul medical a fost un subiect fierbinte în ultimele decenii. Ambele abordări au avantaje și dezavantaje, iar pacienții și furnizorii de servicii medicale sunt puternic influențați de ele. Un aspect important de luat în considerare este accesibilitatea.

Medicina publică, care este finanțată de guvern sau asigurare socială, oferă servicii medicale mai accesibile din punct de vedere financiar pentru o gamă mai largă de persoane. Acest lucru înseamnă că persoanele cu venituri mici sau cu afecțiuni cronice pot beneficia de aceste servicii. Pe de altă parte, medicina privată poate oferi un acces mai rapid și mai flexibil la servicii medicale. Pacienții pot alege medici sau instituții medicale specifice și pot primi îngrijiri personalizate într-un timp mai scurt decât în sistemul public.

Calitatea îngrijirii și nivelul de empatie al medicilor sunt, de asemenea, aspecte importante. Deși există excepții în ambele sisteme, medicii din sectorul privat sunt adesea percepuți ca fiind mai empatici și mai dispuși să ofere o atenție mai personalizată pacienților lor.

Acest lucru se datorează în parte concurenței mai mari din medicina privată, unde satisfacția pacienților joacă un

rol crucial în menținerea și atragerea de noi clienți. Pe de altă parte, medicina publică poate oferi o gamă mai largă de specialități și servicii, datorită finanțării mai bune și a infrastructurii solide. Acest lucru poate duce la un nivel mai ridicat de expertiză în anumite domenii și la acces la tehnologii medicale avansate.

Costul este un factor important în alegerea între medicina privată și cea publică. Medicina privată poate implica costuri mai mari pentru pacienți, deoarece aceștia trebuie să plătească direct pentru serviciile medicale sau să aibă asigurări medicale private.

Totuși, este important să subliniez că aceste diferențe nu sunt întotdeauna absolute și pot varia în funcție de circumstanțele specifice ale fiecărui sistem de sănătate și de practica fiecărui medic.

În concluzie, alegerea între medicina privată și cea publică este o decizie complexă, care depinde de nevoile individuale, accesibilitatea financiară și așteptările personale. Este important ca actorii din sistemul medical să continue să dezvolte și să îmbunătățească atât medicina publică, cât și cea privată, pentru a asigura un sistem medical echitabil, accesibil și de înaltă calitate pentru toți cetățenii.

Daniel Dobref, redactor-șef, manager general New Medical Proiect



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