



# New Medical Buzău

**NewMedical**

sursa dumneavoastră principală de știri profesionale din domeniul sănătății

Anul 2, nr.3, FEBRUARIE 2024

Apariție lunară gratuită

## Hipotiroidismul

### Ce este?

Hipotiroidism înseamnă funcție tiroidiană scăzută, adică glanda tiroidă nu funcționează suficient de bine pentru a asigura necesarul de hormoni tiroidieni. Cauze frecvente de hipotiroidism sunt: bolile autoimune (tiroidita Hashimoto, îndepărtarea chirurgicală a tiroidei sau tratamentul cu iod radioactiv, unele medicamente (amiodarona, interferonul), deficitul sau excesul de iod.

### Cum se diagnostichează?

Pentru a diagnostica hipotiroidismul, utilizăm două analize de laborator:

- TSH ( hormonul de stimulare tiroidiană): un nivel prea mare înseamnă că glanda tiroidă este stimulată să producă mai mulți hormoni tiroidieni, fiindcă nivelul acestora în sânge este prea scăzut.

- FT4: principalul hormon tiroidian, fracția lui „liberă”, adică cea care poate intra în celule unde își produce efectele. Cu cât nivelul acestuia este mai scăzut, cu atât simptomele sunt mai accentuate.

### Care sunt manifestările?

Pacienții acuză intoleranță la frig, oboseală, piele mai uscată, pierderi de memorie sau depresie, creștere în greutate, tulburări de ciclu menstrual la femei și infertilitate, uneori constipație. Fiindcă simptomele sunt atât de nespecifice și variază mult, singurul mod de a ști dacă aveți hipotiroidism este de a face aceste analize uzuale și un consult de specialitate.

### Evoluție pe termen lung

Hipotiroidismul nu poate fi vindecat, dar poate fi controlat foarte ușor cu tratament și monitorizare permanentă pentru a ajusta dozele de medicație. Scopul tratamentului este de a menține valoarea TSH-ului normală și pacienții asimptomatici.

La polul opus hipotiroidismului se află hipertiroidismul, adică un exces de hormoni tiroidieni asociați cu o glandă tiroidă hiperactivă, despre care urmează să discutăm într-un articol următor.

**Dr. Rotărescu Maria,**  
medic specialist Endocrinologie

## Miturile și preconcepțiile legate de intervențiile estetice

Referitor la cele mai utilizate substanțe este necesar să cunoaștem diferența dintre botox și acid hialuronic. Botoxul este utilizat pentru a slăbi sau bloca activitatea musculară în unele regiuni ale feței care în timp duce la formarea ridurilor, cum sunt cele din zona glabelei, colțul extern al ochilor sau frunte. Este utilizat în diverse afecțiuni ca bruxismul, blefarospasmul și transpirația excesivă.

Pe când acidul hialuronic este utilizat pentru a volumiza, pentru a recrea volumul facial pierdut sau a augmenta anumite zone. Procesat într-o manieră diferită este utilizat și în tratamente de bioremodelare, rejuvenare și mezoterapie.

Este foarte important să înțelegem că fiecare pacient este diferit, că nu există o rețetă de succes universală și fiecare caz are particularitățile lui, iar de cele mai multe ori este vorba de un proces necesar obținerii rezultatului scontat.

Mai mult nu înseamnă mai bine, mai rapid și de cele mai multe ori o injecție a unei cantități prea mari de acid hialuronic sau botox aduce un rezultat nedorit, inestetic, ce poate atrage după sine și complicații.

Remanenta acestor substanțe nu este aceeași la toți pacienții, aceasta depinzând de metabolismul fiecăruia, de stilul de viață și de zona unde a fost injectat.

Persoanele cu o activitate fizică intensă, care fac sport constant prezintă o pierdere mai importantă a volumului facial și o remanență mai scăzută a acidului hialuronic. Acest lucru se întâmplă și în zonele cu mobilitate mare, cum ar fi buzele, în comparație cu pomeții spre exemplu, unde acidul este injectat mai profund.

De aceea le recomand pacientelor ca înainte de orice procedură sau colaborare să avem o discuție detaliată despre ce le nemulțumește, la ce rezultat doresc să ajungă și ce așteptări realiste pot avea pentru a construi împreună un plan de tratament eficient. Insist mereu să ne îndreptăm atenția și către calitatea pielii care poate fi flască, lipsită de elasticitate, deshidratată, cu pete pigmentare, agresată de diverse tratamente sau de expunerea la soare. De cele mai multe ori aceasta este cea care trădează vârstă, de aceea este important să nu uităm de pielea de pe gât, decolteu și mâini.

Pe lângă tratamentele de restructurare și rejuvenare este foarte importantă și rutina de acasă, în special folosirea cremelor de protecție solară, razele solare având un impact major în îmbătrânirea pielii sau apariției de pete pigmentare. Apelarea la proceduri estetice nu ar trebui să fie un subiect tabu. Procesul de îmbătrânire este unul continuu prin care trecem toți însă cu ajutorul tehnologiei avem la îndemână multe ustensile prin care îl putem încetini sau face mai blând. De asemenea, anumite complexe create de o nemulțumire atunci când ne privim în oglindă, de semnele dobândite în urma unei acnee agresive sau traumatisme, nu trebuie neglijate sau blamate deoarece în multe cazuri afectează calitatea vieții pacientului, ducând până la depresie și izolare. Multe pacienți aleg să își schimbe tunsoarea sau apelează la un make-up exagerat pentru a ascunde anumite imperfecțiuni și de cele mai multe ori acest lucru ne aduce un deserviciu, fondul de ten sau pudră acumulându-se în riduri și astfel le accentuează.

Procedurile estetice sunt menite să corecteze, să evidențieze frumusețea naturală, să armonizeze trăsăturile și tot ce este făcut în exces depășește sfera esteticii. O față împietrită de botox, fără mimica este nenaturală, un contur mandibular exagerat diminuează trăsăturile feminine, buzele augmentate cu produse nepotrivite sau în exces își pierd mobilitatea naturală și anatomia, iar acidul migrează în zone nedorite.

**De aceea le explic pacientelor că totul se face treptat și cu măsură, cu răbdare și le asigur că voi fi alături de ele în acest proces, păstrând o strânsă legătură pe canalele de comunicare și în cadrul clinicii.**



**Pe lângă tratamentele de restructurare și rejuvenare este foarte importantă și rutina de acasă.**

**Dr. Olaru Alice,**  
medic specialist  
chirurgie plastică  
și estetică





# Probleme digestive curente

Printre problemele digestive cele mai frecvente cu care ne confruntăm în diverse situații cotidiene se numără balonarea, flatulența și indigestia.

Balonarea în special este o piedică serioasă în desfășurarea activităților zilnice, apărând cu precădere după mesele copioase sau în caz de digestie defectuoasă a acestora de către stomac. Balonarea se referă la senzația de plenitudine și tensiune abdominală urmate adesea de extinderea vizibilă a abdomenului, pe când flatulența se referă la acumularea și eliminarea pe cale rectală a gazelor prezente în exces la nivelul tractului gastrointestinal.

Printre cauzele cele mai frecvente ale balonării și a flatulenței putem enumera stresul, mesele neregulate cu alimente preponderent procesate și de tip fast food, dereglările hormonale, diverse intoleranțe alimentare, precum cea la lactoză și gluten, aerofagia, adică aerul înghițit în exces datorită fumăturii, gumei de mestecat și a consumului de băuturi carbogazoase. De menționat sunt și afecțiunile medicale de tipul sindromului de intestin iritabil, bolii celiace și ocluzia intestinală, precum și digestia defectuoasă datorată dezechilibrului dintre bacteriile așazise prietenoase și cele neprietenoase.

Prevenirea balonării și a flatulenței se face printr-o dietă echilibrată cu mese fracționate și regulate cu mestecare lentă a alimentelor deoarece primul pas al digestiei începe în cavitatea bucală, prin administrarea de enzime digestive care descompun mai bine alimentele și reduc gazele în exces, precum și prin administrarea de probiotice care să echilibreze raportul dintre bacteriile bune și cele rele din intestine și de asemenea prin administrarea cu avizul medicului specialist a cărbunelui medicinal, a antiacidelor și a antispasticelor.

Dintre remediile naturiste putem aminti ceaiurile recomandate tocmai proprietăților lor carminative ce ajută la eliminarea gazelor. Acestea sunt ceaiul de mentă cu efect relaxant al tractului gastrointestinal, ceaiul de fenicul care reduce disconfortul asociat balonării, ceaiul de ghimbir cu proprietăți antiinflamatoare și de stimulare gastrică, ceaiul de roinită, ceaiul de cimbru pentru ameliorarea colicilor, ceaiul de cicoare cu efect de stimulare a secreției biliare și nu în ultimul rând ceaiul de mușețel cu efect calmant și antiinflamator.

În ceea ce privește indigestia aceasta apare cu predilecție în cazul abuzurilor alimentare prin suprasolicitarea vezicii biliare și a tractului gastrointestinal. Se manifestă prin senzație de plenitudine deranjantă postprandială însoțită de arsuri gastrice și uneori și de greață și vărsături. Refluxul din indigestie poate fi remediat cu ajutorul antiacidelor, iar spasmul datorat solicitării gastrointestinale cu ajutorul antispasticelor.

Dintre remediile naturiste enumerăm ceaiul de ghimbir ce preîntâmpină senzația de greață și balonarea, cuișoarele care sunt stimulente ale secreției de enzime gastrice și care se pot adăuga în vinul fiert sau presărate tip pudră pe deserturile din orez și pe fripturi. Iaurtul, kefirul sunt de asemenea utile persoanelor care au consumat prăjeli și sosuri grele, precum și zeama de varză murată care reface echilibrul natural al florei intestinale.

**Așadar vă doresc să aveți mese cumpătate și o digestie sănătoasă!**

**Dr. Comănescu Elena,**  
medic specialist medicină de familie

## Dermatoscopia

- importanța controlului anual al alunițelor la medicul dermatolog

**Este foarte important să cunoaștem care sunt semnele de alarmă atunci când examinăm o leziune cutanată pigmentară, dar și aspectele îngrijorătoare ale leziunilor nou apărute deoarece melanomul cutanat (tumoră dezvoltată din celulele pigmentare ale epidermului) este una dintre cele mai agresive tumori maligne, este frecvent și în rândul persoanelor tinere, iar incidența sa este în continuă creștere.**

**Apare mai frecvent:**

- La persoane care se expun mult la soare (mai ales în cazul expunerii intermitente sau sporadice, dar în doze mari, dar și în cazul expunerii cronice excesive;

- Riscul crește la persoanele care au suferit arsuri solare mai ales în copilărie;

- O creștere a riscului întâlnim și în cazul persoanelor care folosesc dispozitive de bronzare artificială;

- Un risc înalt îl au persoanele cu pielea deschisă (persoanele care nu se bronzază, dar se ard rapid - fototip Fitzpatrick I sau II), la fel și persoanele cu istoric familial de melanom, precum și cele cu nevi (alunițe) atipici, dar și în cazul existenței nevilor tipici, dar în număr ridicat (la copii > 50 nevi, la adulți > 100 nevi).

- În 60% din cazuri însă melanomul apare pe tegumentul normal- nu pe alunițe preexistente astfel încât și apariția unei leziuni cutanate noi este de interes pentru pacient și medicul dermatolog;

- Risc crescut de dezvoltare a unei astfel de leziuni au și persoanele cu imunitate scăzută.

Semnele de alarmă clinice de care ținem cont în evaluarea alunițelor (fiind un instrument util și în autoexaminare) se pot înghloba în regula ABCDE și sunt următoarele:

A. Asimetria leziunii: o jumătate a aluniței nu seamănă cu cealaltă;

B. Margine neregulată (borders) și slab definită;

C. Culoare neuniformă, prezentând mai multe nuanțe;

D. Diametrul > 6 mm sau leziunea prezintă o creștere în dimensiune;

E. Leziunea este evolutivă modificându-se în dimensiune, formă și culoare, precum și: creștere pe verticală sau orizontală, prurit, apariția unei ulcerării sau sângerare.

Astfel de leziuni prezintă de obicei modificări care se succed cu rapiditate. La fel de importantă este examinarea palmelor, tălpilor, unghiilor existând subtipuri particulare de melanom ce se pot dezvolta în aceste regiuni, dar și descoperirea prin autoexaminare a leziunilor noi chiar și fără pigment existând subtipul particular de melanom acrom.

La bărbat, localizarea cea mai frecventă este trunchiul postero-superior, iar la femeie gambe și trunchiul postero-superior, în timp ce la vârstnici - fața, gâtul, scalpul și urechile.

Diagnosticarea corectă și rapidă a unei astfel de leziuni este de importanță crucială deoarece tratamentul în stadii precoce îmbunătățește semnificativ prognosticul. Autoexaminarea nu este suficientă, fiind necesar controlul anual la medicul dermatolog (sau la observarea oricărei modificări, precum și la apariția unei leziuni noi) care la examinarea leziunilor va folosi un instrument - dermatoscopul care permite mărirea leziunii și vizualizarea structurilor superficiale și a celor profunde, astfel decelându-se caracteristici ale leziunii invizibile examinării cu ochiul liber.

**Dr. Pavel Adina,**  
medic specialist dermato-venerice





# Retinopatia diabetică

Dr. Stan Andreea Patricia, medic specialist oftalmologie



Diabetul zaharat este o boală metabolică cronică ce afectează în prezent peste 500 milioane de oameni. În evoluție, acesta afectează și alte organe cum ar fi ochii, rinichii sau sistemul cardiovascular.

Astfel, prin afectarea vaselor de sânge de la nivelul ochilor apare **retinopatia diabetică**. Printre pacienții cu vârste între 25 și 74 de ani, retinopatie diabetică este una din principalele cauze de orbire. Se estimează că până în anul 2030, 191 de milioane de oameni vor fi diagnosticați cu retinopatie diabetică la nivel global.

Mecanismul de apariție al retinopatiei diabetice: nivelul crescut al glicemiei în organism determină modificări la nivelul vaselor de sânge retiniene ce poartă denumirea de microangiopatie și presupune creșterea permeabilității vasculare și blocarea vaselor de sânge (ocluzii). Prin afectarea pereților vasculari și creșterea permeabilității acestora apare acumularea de lichid, sânge, colesterol sau altor tipuri de grăsimi din sânge la nivelul retinei. Acolo unde apare blocarea vaselor de sânge retina deservită de acestea nu mai este hrănită și devine ischemică, fapt ce duce la formarea de vase noi (neovase) în încercarea de a scădea ischemia din zonele nehrănite. Aceste neovase nu pot îmbunătăți perfuzia retiniană, dar pot produce complicații oculare importante.

Factorii de risc în apariția retinopatiei diabetice sunt: durata de evoluție a diabetului, tipul diabetului, nivelurile crescute ale glicemiei și ale hemoglobinei glicozilate (HbA1c), hipertensiunea arterială, nivelul colesterolului, fumatul, sarcina, afectarea renală și sedentarismul.

Simptomele retinopatiei diabetice pot fi absente în stadiile inițiale. Astfel boala poate evolua mult timp până când pacientul sesizează modificări ale vederii. Acestea pot fi: scăderea vederii, vedere „înțeșoșată”, imagine

deformată, apariția de pete sau „muște” în câmpul vizual, apariția de zone negre în câmpul vizual până la pierderea complete a vederii.

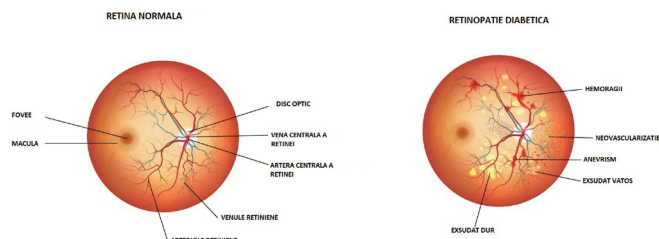
Diagnosticul retinopatiei diabetice este foarte important și se poate face doar printr-un examen oftalmologic complet. Acesta presupune anamneza (tipul de diabet, vechimea bolii, factorii de risc asociați), evaluarea acuității vizuale, măsurarea presiunii intraoculare, examinarea polului anterior al ochiului cu ajutorul biomicroscopului, evaluarea fundului de ochi după dilatarea pupilei prin administrarea de picături. Complementar, în funcție de modificările identificate la examinarea fundului de ochi se pot face investigații suplimentare de tipul: tomografie în coerență optică, ecografie oculară, angiografie retiniană sau angio-OCT.

Tratamentul retinopatiei diabetice presupune măsuri generale: controlul riguros al glicemiei, al tensiunii arteriale, al colesterolului și îndreptarea către un stil de viață sănătos.

În funcție de modificările identificate la examenul oftalmologic tratamentul poate consta în: medicamente trofice vasculare, injecții intravitreene cu substanțe ce inhibă neovascularizația, aplicații laser la nivelul retinei sau intervenții chirurgicale vitreo-retiniene.

Tratamentul oftalmologic nu poate vindeca retinopatia diabetică de aceea este foarte important diagnosticul precoce al acesteia. Prevenția fiind foarte importantă pentru păstrarea vederii, deoarece tratamentul oftalmologic are rolul de a întârzia, stopa sau reduce afectarea retiniană.

***Luând în considerare faptul că retinopatia diabetică poate fi asimptomatică până la stadiile avansate recomandăm tuturor pacienților diabetici un consult oftalmologic complet pentru identificarea precoce și tratamentul adecvat al retinopatiei diabetice. Examenle oftalmologice regulate fiind principalul mod de prevenție a pierderii vederii.***



## 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 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







# Sindromul de tunel (canal) carpian

**Sindromul de tunel carpian** este o afecțiune care afectează mâna și încheietura mâinii prin compresia nervului median la nivelul tunelului carpian - un canal îngust situat pe partea palmară a încheieturii mâinii. Este cea mai frecventă afecțiune a nervului median și cel mai frecvent sindrom de încarcerare (compresie de nerv), putând provoca durere, amorțeală și, în unele cazuri, slăbiciune în partea afectată.

Printre factorii de risc care pot crește riscul apariției acestui sindrom se numără folosirea excesivă a mâinii (activitățile care implică mișcări repetitive ale încheieturii mâinii/ poziția prelungită îndoită sau extinsă a încheieturii mâinii), microtraumatismele ocupaționale, sarcina și mai rar patologii precum mielomul multiplu, amiloidoza, artrita reumatoidă, acromegalia, hipotiroidismul și mucopolizaharidoza, diabetul, obezitatea.

Simptomele sindromului de tunel carpian se dezvoltă treptat și pot include:

1) amorțeală sau furnicături (aceste senzații apar în degetul mare, arătător, mijlociu și jumătatea inelarului și caracteristic sunt mai severe în timpul nopții); 2) durere (se poate extinde de la încheietura mâinii până la antebraț, zona bicepsului, sau mai rar chiar umăr);

3) slăbiciune/scăderea forței (apare în cazuri avansate de compresie, mai ales dacă este însoțită de atrofia/mișorarea mușchilor din aceasta zonă; poate face dificilă prinderea obiectelor sau efectuarea de mișcări fine).

**Diagnosticul:** clinica este sugestivă, iar la examenul obiectiv medical poate efectua o serie de manevre/teste de provocare ce pot sugera diagnosticul de sindrom de tunel carpian. Confirmarea se face prin efectuarea de studii electrofiziologice.

**Tratamentul:** în funcție de stadiul de severitate al patologiei, poate fi util tratamentul conservator (nonchirurgical) sau chirurgical. Cel nonchirurgical cuprinde: 1) repaus (evitarea activităților care agravează simptomele); 2) purtarea unei atele la încheietura mâinii; 3) tratament medicamentos (administrat oral - de exemplu antiinflamatoarele nesteroidiene - sau prin injectare);

4) terapia fizică (exercițiile de întindere și întărire pot îmbunătăți simptomele); 5) tratamentul cauzei subiacente (artrita, hipotiroidism, diabet).

Tratamentul chirurgical poate fi necesar în cazurile severe sau când tratamentul conservator nu este eficient. Prin intervenția chirurgicală se eliberează nervul median.

**Prevenția:** Prevenirea sindromului de tunel carpian implică adoptarea unor măsuri ergonomice la locul de muncă și acasă, cum ar fi menținerea unei poziții neutre a încheieturii mâinii și efectuarea de pauze.

**Este important să se consulte un medic pentru un diagnostic corect și pentru a determina cel mai bun plan de tratament. Identificarea timpurie și tratamentul adecvat pot îmbunătăți semnificativ calitatea vieții!!**

**Dr. Cristina Mărgărit, Medic specialist Neurologie**

Vom prezenta pe parcursul a mai multor numere un articol pus la dispoziție de Dr. Damian Elena - medic primar în boli infecțioase, despre Rujeola - boală a copilăriei cauzată de un virus.

## RUJEOLA (Pojar, Cori, Morbili)

**Definiție:** Boala infecțioasă acută, extrem de contagioasă caracterizată clinic prin catar respirator, ocular, digestiv, enanțem, patognomonic, examen maculopapulos generalizat și care poate fi urmată de complicații severe.

**ETIOLOGIE:** Virusul rujeolic este un virus ARN care aparține genului MORBILIVIRUS, familia Paramixoviridae.

**EPIDEMIOLOGIE:** Boala este răspândită la nivel global, evoluează endemo-epidemic cu mici izbucniri epidemice la 2-3 ani, în special în mediul urban. Introducerea vaccinării antirujeolice în programe naționale de vaccinare în tot mai multe țări a condus la scăderi semnificative a morbidității și mortalității acestei boli. Nivelul optim de imunitate colectivă care previne apariția unei epidemii de rujeolă este asigurat de o acoperire vaccinală antirujeolică de peste 95%.

- **SURSA DE INFECȚIE** este strict umană, fiind reprezentată de omul bolnav de rujeolă cu forme tipice sau atipice: nu există purtători sănătoși de virus rujeolic, iar cazurile asimptomatice sunt extrem de rare;

- **CALEA DE TRANSMITERE** este în majoritatea cazurilor respiratorie prin picături Flügge în special în timpul fazei catarale

și mai rar indirect, virusul putând fi transportat la distanță prin obiecte, lenjerie și purtat în aer de picături uscate, aerosolice. Foarte rar transmiterea se face transplacentar;

- **CONTAGIOZITATEA** este foarte ridicată, astfel încât 95% dintre persoane neimunizate anterior prin boală sau vaccin vor dezvolta boala dacă vin în contact cu un caz de rujeolă. Perioada de contagiozitate începe cu 1-2 zile înaintea debutului clinic al bolii și durează 5-7 zile după apariția erupției.

**RECEPTIVITATEA** este generală, cu excepția nou-născuților care dobândesc anticorpi materni transplacentar și prin laptele matern, cu rezistență specifică timp de 4-6 luni. Din cauza contagiozității înalte, cei mai afectați sunt copiii nevaccinați sau vaccinați incomplet. Grupele populaționale de risc pentru forme severe și complicate de rujeolă sunt copiii sub vârsta de 1 an de la adulții cu vârsta de peste 20 ani și imunodeprimați.

**IMUNITATEA** dobândită după boală este solidă și durabilă pentru toată viața, în timp de imunitatea obținută prin vaccinare este epuizabilă în timp, motiv pentru care se recomandă un rapel de vaccin antirujeolic în jurul vârstei de 6-7 ani. În România vaccinarea antirujeolică s-a introdus în anul 1974.

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



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

