

dr. Constantin NEACȘU

APITERAPIA ÎN ROMÂNIA

sub redacția dr. Constantin NEACȘU



Editura APIMONDIA

APITERAPIA ÎN ROMÂNIA

APITERAPIA ÎN ROMÂNIA

sub redacția dr. Constantin NEACȘU

**Editura APIMONDIA
BUCUREȘTI 2003**

Autorii, în ordine alfabetică:

- Psiholog Doina **BĂGILICĂ**
- Dr. Niculae **DRĂGULESCU**
- Dr. Constantin **DRUGEANU**
- Dr. Traian **GÂDOIU**
- Dr. Mircea **IALOMIȚEANU**
- Dr. Viorica **IONESCU**
- Dr. Nicolae **LUCA**
- Dr. Constantin **NEACȘU**
- Dr. Alexandru **PARTHENIU**
- Dr. Dana Alexandra **POPESCU**
- Dr. Mircea P. **POPESCU**
- Dr. Corneliu **POPOVICI**
- Dr. Ștefan **ROMAN**
- Dr. Lucia **SERAFIM**
- Dr. Eduard **ȘERBAN**
- Dr. Romeo **TEODORESCU**

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
NEACȘU, CONSTANTIN

Apiterapia în România / dr. Constantin Neacșu. –
București : Apimondia, 2003
Bibliogr.
ISBN 973-605-039-4

615.324.638.1

Apiterapia în România, 1994

Ediția a doua revizuită și adăugită, 2003

Toate drepturile rezervate Editurii APIMONDIA

CUPRINS

Introducere – C. NEACȘU	4
Apiterapia în afecțiunile gastroenterologice – N. DRĂGULESCU	10
Apiterapia în patologia sexuală – C. DRUGEANU, Doina BĂLICĂ	16
Apiterapia în patologia orală – Traian GÂDOIU	28
Apiterapia în afecțiunile tractului digestiv – Mircea IALOMIȚEANU	39
Cercetări privind tratamentul bronhopatiilor cronice – Viorica IONESCU	44
Tratamentul unor forme de parodontopatii cu produse apicole – N. LUCA.....	51
Apiterapia ca adjuvant în tratamentul hormonal dirijat – C. NEACȘU	56
Observații privind apiterapia cu venin de albine: acțiunea asupra sistemului neuroendocrin – Al. PARTHENIU	82
Oftalmoapiterapie – M.P. POPESCU, Dana POPESCU	91
Apiterapia în otorinolaringologie – C. POPOVICI	127
Importanța produselor stupului în tratamentul unor afecțiuni ale aparaturii urogenital – Șt. ROMAN	146
Propolisul și polenul ca tratament asociat în ateroscleroză – Lucian SERAFIM	157
Apiterapia în reumatologie – Eduard ȘERBAN	177
Tratamente profilactice și terapeutice cu produse ale stupului în geriatrie și gerontologie – R. TEODORESCU	182
Anexă – Produse apiterapice românești	190

INTRODUCERE

Apiterapia – disciplină terapeutică cu veche istorie – se situează, la ora actuală, pe un plan de interes major în arsenalul terapiilor moderne.

În țara noastră apiterapia cu produsele stupului atestată prin tradiție și preocupare științifică situează, pe cei care s-au ocupat și se ocupă de utilizarea produselor apicole, în planul sănătății omului (atât ca prezentă și soluții specifice) în grupul primilor pionieri mondiali ai domeniului.

Reactualizarea științifică a factorilor terapeutici naturali constituie una din orientările moderne ale OMS-ului.

Prin faptul că albinele au oferit omului surse de hrană cât și prin faptul că aceste insecte, atingând etape superioare de organizare – prin modele deosebite – au constituit și constituie un model unicat în natură, produsele stupului au pătruns în viața curentă a societății, cât și în magia primitivă.

Dacă aspectul empiric al utilizării produselor apicole se corelează direct cu proprietățile lor organoleptice apreciabile și cu efectele lor biologice (de pildă energizarea), aspectul mitic este în strânsă legătură cu noțiunea renașterii naturii, fenomenele astrale și activitatea albinelor.

O atare geneză caracteristică medicinei populare (etnoiatriei), uneori geneză primară a aspectului mitic față de cel empiric (BRĂTESCU), se poate aplica și începutului tratamentelor cu produse apicole. Sub acest aspect perioada de început datează cu mult înaintea cunoașterii științifice a particularităților fiziologice și biochimice ce constituie fundamentul mecanismelor terapeutice ale acestor produse.

Este suficient de reamintit publicarea – la vremea respectivă – a unor remedii terapeutice din medicina antică, a evului mediu sau a unor rețete populare conținute în codicele ce constituia „medicina casei”, ca să înțelegem speranțele puse în acțiunile intrinseci ale produselor apicole.

Deși după unele opinii (FILIOZAT, 1943) spiritul magic care stabilește la împlinire raporturi simpliste nu poate transforma în spirit științific, etoiatria oferă cercetării științifice sistematizate un larg domeniu selectiv de activitate, medicina populară reprezentând, totuși, un tezaur și pentru apiterapie.

Desigur că raporturile dintre conceptele ce intră în funcțiune în această apreciere și anume: panaceu universal, ambiguitatea unui diagnostic clinic și variația compozițională a unui produs pot adesea să compromită realitatea utilizării unor produse naturale.

În ultimele decenii proprietățile stimulante și farmacologice ale produselor apicole au fost preluate printre parametrii selectivi ai cercetării științifice, ceea ce a avut ca rezultat apariția unei noi discipline medicale – apiterapia.

Încă de la începutul conturării acestei noi și circumscrise activități terapeutice în medicină s-a impus ideea situării sale într-o zonă de graniță, interdisciplinară zicem noi, incluzând domeniile biochimiei și medicinei decât celor din apicultură (V. HARNAJ, 1974).

Utilizarea produselor stupului în forma lor naturală, ca și prepararea de derivate cu conținut de principii active apicole, s-a generalizat în multe țări ale lumii.

România deține un loc de frunte, încă, în această direcție, privind poziția de prima țară care a beneficiat de un serviciu organizat de apiterapie într-un program de cercetare instituțional adecvat.

Albina, în cele câteva miligrame ale sale, conține – după expresia lui GRASSÉ – mai multe mistere decât o piramidă din Giseh. Din aceste motive, pornind cu multă circumspecție de la expresia metaforizantă care se acordă unor produse apicole de „supraalimente” sau „alimente miracol”, trebuie să se coreleze studiile privind compoziția chimică, caracteristicile biochimice, valoarea nutritivă cu experimentările de laborator, cu observațiile clinice în condițiile fiziologice și/sau patologice (M.V. DAGHIE și colab.).

Numai astfel s-au putut obține observații precis conturate sub aspect biomedical. În același sens, modelele experimentale trebuie să pornească de la premise bine direcționate pentru a oferi posibilitatea unor acumulări argumentale în susținerea unor interpretări corelabile a datelor biochimiei moderne prin indicatori preciși și reproductibili, ale căror valori să poată fi prelucrate statistic.

Conceptele moderne de bioinformatică analizează organismele ca sisteme cu intrări și ieșiri permanente, în schimb de substanță, energie și informație cu mediul exterior (relații exocorporale). Aportul de alimente, este știut, constituie, pentru diferite organisme, principala sursă de energie stocată în legături chimice și totodată sursă de informație biologică de factură chimică și biochimică care structurează pe cea de tip fiziologică. Prin eliberarea energiei conținute, care provine, de fapt, din energia solară, cosmică, se realizează un proces exergonic (-G) convertibil în formele de lucru mecanic, chimic, osmotic, etc.

Acumularea energiei libere într-un sistem și stocarea ei în vederea utilizării ulterioare prin diverse forme de solicitare biologică în primul rând constituie cealaltă latură a proceselor endergonice (+G); ori produsele apicole reprezintă tocmai un exemplu ideal de stocare a energiei exterioare având sorginea în lumea vegetală, prima treaptă a conversiei de la acest nivel spre lumea biologicului.

Mecanismele de desfășurare a diferitelor procese privind conversia energetică din lumea anorganică către cea organică (vegetală și/sau animală) realizează (sau sunt guvernate de) un grad de ordonare anume, ceea ce s-a definit ca entropie.

Cu cât un sistem este mai ordonat ca organizare și funcționare, cu atât entropia sa este mai mică (în același sens se definește negentropia mai mare), ceea ce duce la scăderea energiei libere a sistemului. Toate aceste transformări sunt guvernate de procese informaționale biologice, calitate fundamentală – de altfel – a materiei (alături de substanță, energie și mișcare) superior organizată în forma materiei vii (C. NEACȘU – Informația biologică – 1982).

Informația biologică exogenă reprezintă o calitate a produșilor naturali și care se transformă și transferă sistemelor biologice animale superior organizate și cu o complexitate funcțională mai elevată termodinamic.

Produsele apicole, complexe de substanțe de sorginte exogenă dar și endogenă biologic prin prelucrarea unora în organismul albinei, poartă pecetea simultană a celor două amprente: proveniența vegetală, cu tot corolarul respectiv și proveniența animală (prin prelucrarea oferită de albină).

Din aceste două motive metodologia cercetării științifice a acțiunilor biologice a produselor apicole trebuie să includă și, după alți autori (M.V. DAGHIE, N. NICOLAU, 1991), câteva premise de bază:

- rolul biologic activ al produsului apicol respectiv în viața coloniei de albine, pentru ca studiile ulterioare să deosebească aspectul de specie-specificitate față de acțiunile generale asupra altor specii (cum ar fi observațiile posibil de căpătat pe animale de laborator uzuale, de exemplu);

- deoarece produsele apicole conțin numeroși biostimulatori naturali care acționează ca stimuli informaționali, în funcție de specificitatea receptorului, este posibil ca în unele cazuri efectele observate la insecte să nu se mai reproducă la animale (mamifere), sau la acestea din urmă să apară modificări neprevăzute;

- rezultatele semnalate în lucrările experimentale anterioare, observații clinice sau chiar considerate empirice;

- compoziția chimică detaliată a produselor respective în vederea stabilirii direcțiilor principale de cercetare, *in vitro*, precizării limitelor de variație compozițională și posibilităților de reproducere experimentală;

- produsele apicole având o „arhitectură” biologică complexă bazată pe o structură biochimică de aceeași factură pot acționa nu numai prin constituenții de bază, ci și prin raporturile de proporționalitate existente în acestea. Chiar o serie de substanțe considerate „inerte” sau „balast” pot influența, în mod hotărâtor, anumite mecanisme cu efecte globale (favorabile sau nu);

- efectele *in vivo* urmărite pe cât mai mulți parametri sau coordonate, cu același produs de proveniențe diferite, în condiții experimentale diverse, pe animale de laborator în număr suficient pentru a oferi o prelucrare statistică adecvată unei interpretări directe a rezultatelor;

- administrarea produsului de diferite proveniențe poate stabili acțiuni generale sau particulare corelabile sau nu cu datele cunoscute din compoziția chimică, rezultatele obținute *in vivo* putând da indicații suplimentare în vederea identificării a „factorilor” sau „principiilor” responsabile de efectele biologice (cu ideea izolării lor);

- efectul diferitelor procedee de păstrare, conservare sau prelucrare tehnologică asupra compoziției chimice sau asupra proprietăților biologice. Pentru aceasta se impune strategia repetării comparative a determinărilor cu produsul proaspăt *in vivo* și *in vitro*, selectându-se acele procedee tehnice care influențează defavorabil sau distructiv substanțele și factorii activi;

- efectele în condiții experimentale ale asocierii produsului respectiv cu alte produse naturale chiar de origine apicolă. Aceasta deoarece trebuie să se țină seama de faptul că substanța(ele) active pot acționa în asociere asupra receptorilor ca informații cu efecte sinergice, antagoniste sau indiferente; în multe cazuri, prin asocieri care preconizau efecte sumative sau potențatoare s-au obținut efecte contrarii. În funcție de efectele urmărite, tatonarea *in vivo* a diferitelor asocieri de produse apicole poate duce la rezultate care să contribuie la optimizarea dozelor utilizate;

- efectele asupra omului sănătos sau bolnav în studii clinice dublate de investigații biochimice și funcționale, cu condiția strictei respectări a legislației sanitare și a regulilor de farmaco-vigilență.

Toate aceste considerente constituie parametrii specifici unei strategii a elaborării unor produse normate prin indicatori ai controlului de calitate. Rezultatele aplicării lor trebuie să fie favorabile și concludente din punct de vedere al semnificației și limitelor de administrare, chiar dacă este vorba de produse naturale cum sunt cele apicole, a căror activitate bio-farmacologică este o realitate (a se vedea Compendiu de apiterapie – C. NEACȘU, 2002).

Cercetarea științifică în cadrul studiilor clinice și experimentale se desfășoară, în prezent, în multe țări ale lumii: Argentina, Bulgaria, Canada, China, Danemarca, Franța, Germania, Italia, Japonia, Rusia, SUA, Spania, Suedia, ș.a., pe lângă România. Periodic, în diverse țări, s-au desfășurat reuniuni științifice internaționale cu această problematică (a se vedea Congresele Apimondia cu secțiunea Apiterapie și Simpozioanele internaționale consacrate Apiterapiei), prilej cu care s-au prezentat o serie de date fundamentale științifice legate de eficiența, specificitatea, producerea, valorificarea și utilizarea produselor apicole pentru sănătatea omului în primul rând.

În diacronia acestor manifestări, încă din anul 1974 (Madrid) s-a remarcat interesul „organizat” privind cercetările de apiterapie: utilizarea mierii de albine (tratamentul bolilor inflamatorii, ale căilor respiratorii superioare – MLADENOV, Bulgaria); a produselor pe bază de polen (stări depresive, astenii de suprasolicitare – LAPIS, Spania); tratamentul afecțiunilor de prostată (DONADIEU, Franța) și altele.

La Simpozionul internațional de apiterapie – București, 1976 s-au prezentat comunicări privind studiul farmaceutic al polenurilor, tehnologia farmaceutică și rezultatele clinice și experimentale ale tratamentului hepatitelor cu polen și păstură (M. IALOMITEANU, România) sau rezultatele pozitive privitoare la prezența gamma-globulinelor în lăptișorul de matcă (J. CORNEJO, Argentina), ca și efectele acestui produs apicol asupra vederii slăbite (Ch. KALMAN, Israel).

Cele 76 de referate susținute în anul 1978 la Portorož, Iugoslavia în cadrul Simpozionului internațional de apiterapie relevă interesul, preocuparea și amplificarea activității de cercetare științifică apiterapică, investigându-se mai aprofundat mecanismele ce au loc. Astfel, efectele biochimice ale flavonoidelor din propolis (B. HAUSTEN, Germania) și folosirea propolisului în tratamentul febrei fânului; alergiile de primăvară (R. CHAUVIN, Franța) sau utilizarea veninului de albine în afecțiunile reumatismale (K. FOSTER, Germania; Al. PARTHENIU, România), precum și analiza influenței farmacologice a veninului asupra hemodinamicii cerebrale (B. ORLOV, Rusia), alături de alte comunicări, sunt etape semnificative ale amplificării activității de cercetare complexă a aspectelor apiterapie.

Cu prilejul Congreselor internaționale ale Apimondiei: Atena – 1979, Acapulco – 1981 sau Budapesta – 1983, la secțiunea Apiterapie au fost susținute un număr crescând de lucrări cu valoarea de cunoaștere în acest domeniu, conturându-l, în același timp definindu-i un caracter interdisciplinar. De reținut, însă, faptul că rezultatele, destul de numeroase, obținute în acest domeniu pe plan mondial derivau din cercetările și experimentările unor cercetători izolați, care au abordat o problematică mai restrânsă, fără a fi integrate într-o preocupare organizată și susținută și cu o sistemică unitară.

Conturarea acestui aspect a început în ultimele decenii să transpară, Simpozionul internațional de apiterapie – Israel, 1996, de exemplu, punând în evidență această necesitate.

În țara noastră cercetarea și practica apiterapeutică au fost abordate organizat, existând un interes științific și organizatoric adecvat încă din perioada anului 1960 (V. HARNAJ) situând România pe o poziție prioritară mondială. Rezultatul integrării practicii cu cercetarea în acest domeniu – considerată ca o atitudine optimă necesară – a fost înființarea unui sector medical consacrat studiului experimental și clinic de apiterapie în cadrul Institutului de cercetare și producție pentru apicultură la București (astăzi Institutul de cercetare și dezvoltare apicolă – ICDA).

Strategia inițială a acestei forme organizate de activitate în apiterapie a cuprins sintetizarea și transpunerea în practică a unei activități de cercetare interdisciplinară, alături de ideea unei atitudini de terapie preventivă în cadrul unei medicine naturiste.

Activitatea acestei „unități” de cercetare apiterapică (astăzi continuată sub auspiciile Policlinicii Apimedita) a inclus criterii proprii elaborate de cadre medicale și farmaceutice de reală competitivitate și aspecte de cercetare paraclinică și ai parametrilor farmacologici, farmacodinamici și galenici ai produselor apicole naturale în totalitate sau prelucrate în laborator.

Programul de valorificare experimentală a produselor apiterapice pentru sănătatea omului sau redobândirii ei – realizat în laboratoarele Institutului sau în cadrul Complexului apicol – ține seama de parametrii farmacoceelor în vigoare, alături de cel al cercetării medicale efectuate dinamic pe un număr mare de pacienți.

Eforturile și preocupările de cercetare bio-medicală adunate în deceniile de existență „activă” a formei organizate – ce poartă pecetea **prioritate** în apiterapia mondială – reprezintă incontestabil un punct de reală orientare și validare nu numai a celor care sunt interesați de cunoașterea efectelor și potențialului biologic al produselor apicole (sau ale stupului în general).

Prezentăm și în actuala ediție, sub o anumită metodică, experiența celor care au avut și au încă preocupări științifico-profesionale în domeniul apiterapiei, unii dintre ei adevărați pionieri ai apiterapiei românești și chiar mondiale. Experiența lor, ce include decenii de incontestabilă valoare de cunoaștere și aplicabilitate, constituie – credem noi – un stimulent pentru toți colegii medici, farmaciști, biologi care „simt” necesitatea utilizării eficienței apiterapiei în orice parte a țării.

Ne-am preocupat – și în această revenire – de publicarea experienței și rezultatelor activității apiterapeutice românești organizate centralizat, după o metodologie științifică proprie și sub o îndrumare competentă a celor care au avut și au în gând, în suflet și în preocupare, o activitate cu un asemenea conținut (statutul de competență fiind astăzi o realitate în pregătirea profesională medicală în România).

Desigur că lucrarea ce o prezentăm a căutat (și prin coordonatorul său) să aibă un caracter cât mai cuprinzător al experienței clinice aplicative în primul rând, existând, totodată, și convingerea sinceră că nu a putut acoperi și parametrul exhaustivității. Ea reprezintă un bilanț de etapă în gândirea, preocuparea și

experiența medicală a unui grup care și-a focalizat interesul profesional și științific pe parcursul unui timp îndelungat de practică de profil și care a susținut și susține încă amprenta unicității în țara noastră (pe lângă aceea a unor priorități mondiale) și care a „trăit” unele aspecte ale efectelor biomedicale asupra organismului uman și care a „observat” limitele și posibilitățile reale ale zonei de medicină naturistă ce definește apiterapia.

Arsenalul apiterapiei românești a reușit să includă, în inventarul său – pe parcursul timpului său de activitate susținută – o paletă largă de produse pentru uz extern sau intern, prezentate sub diferite forme galenice (anexa de la finele volumului reliefează această activitate).

Cercetarea medicală atât a produselor cât și a medicamentelor apiterapice a fost și trebuie să rămână multidisciplinară și bazată pe o gândire interdisciplinară. Odată cu evoluția metodologiilor de cercetare biochimică și farmacologică, pe lângă cea biofizică sau de biologie moleculară, cronofarmacologie, etc., metodologia cercetării în apiterapie s-a diversificat și amplificat procedural, putându-se obține date multiple până la nivelele cele mai profunde ale cunoașterii, constituind bazele reale pentru asigurarea unor eficiențe maxime, randamente superioare privind efectele benefice, pe fondul unor certitudini biologice absolute.

Prin consemnarea experienței câștigate și a datelor cumulate, în timp, în această zonă a medicinei naturiste, în care apiterapia își are locul său firesc, volumul de față – rod al unei preocupări românești și al muncii sincere a unui colectiv de cercetare medicală prestigios multidisciplinar, desfășurată într-o perioadă de timp cu tradiție – dorește să constituie un bilanț „de etapă”, care să includă – cel puțin parțial – trecutul muncii de profil apiterapic; de asemenea, să contureze pentru viitor o condiție de continuitate – poate mai fructuoasă – a străduinței științifico-profesionale de sorginte românească.

Acesta este dezideratul tuturor celor prezenți cu numele în această lucrare, inclusiv al celor câțiva care nu mai sunt printre noi, acum. Ținem să menționăm că expunerea punctelor de vedere și a experienței autorilor, prezentate sub formă de capitole în prezentul volum, este ordonată tipografic în ordinea alfabetică a autorilor.

Dr. Constantin NEACȘU

APITERAPIA ÎN AFECȚIUNILE GASTROENTEROLOGICE

Dr. Nicolae DRĂGULESCU

Dacă apicultura este o îndeletnicire dintre cele mai vechi ale omului, apiterapia – este drept, cea empirică – are și ea rădăcini străvechi (milenare). Este istoric deja, că vikingii puneau în proviziile pentru lungile lor expediții, miere și polen pentru a se apăra de malnutriție și scorbut, sau că mierea și ceara din Țările Românești erau căutate în Veneția, Florența, Genova, în imperiul otoman sau la muntele Athos.

Apiterapia de astăzi, în plină afirmare, câștigă teren în multe domenii ale medicinei, ca efecte benefice terapice de necontestat, din ce în ce mai mult științific fundamentate, creditată fiind ideea de mare perspectivă, în contextul mai larg al medicinei naturiste.

Gastroenterologia, în general, ca bolile hepatice și cele ale tubului digestiv, în special, ocupă un loc important în aplicațiile apiterapeutice.

Motivele sunt clare:

- medicale – pentru că nu toate afecțiunile hepatice și-au găsit deocamdată medicația alopata (convențională) specifică, în plus aceste medicații sunt grevate de numeroase efecte secundare nedorite, mai ales în tratamentele prelungite;

- economice – costurile la cele mai multe dintre medicamentele de sinteză – chiar și în afara evoluțiilor inovatoare din ultima vreme (compensate sau nu) rămân încă mari, prea mari, prohibitorii;

- și, în sfârșit, ca și în multe alte domenii, apiterapia, medicina naturistă, este actuală, este o modă.

Pe de altă parte însă apiterapia nu este un panaceu, nu este universal valabilă, nu este „bună la toate” (POPOVICI). Aceasta pentru că, de exemplu, bolile chirurgicale sunt ale chirurgiei, cancerul este al oncologiei, diabetul zaharat este, totuși, o piedică pentru apiterapie și pentru că există și contraindicații, de pildă alergiile la polen sau propolis.

Hepatopatiile cronice au fost urmărite practic de la începutul activității în Centrul medical de apiterapie din București (1972) (fosta casă a lui Mihai Sadoveanu), ulterior extins în imobilul din C.A. Rosetti. Creație a gândirii de excepție a prof. V. Harnaj, activitatea acestui centru – în profilul prezentat în acest capitol – a cuprins primele observații clinice legate de numele dr. M. IALOMIȚEANU și a colaboratorilor săi.

Tot din această perioadă datează, la noi în țară, studiile sistematice făcute împreună cu prof. Al. CIPLEA în Centru și în clinica și laboratoarele Institutului de fiziologie normală și patologică „D. Danielopolu” din București. Cercetările au cuprins (Al. CIPLEA, N. DRĂGULESCU) urmărirea cazurilor cu hepatite cronice persistente, ciroze hepatice, convalescențe după hepatite virale, cancer hepatice. S-au folosit tratamente cu miere, polen, polenolecitin, păstură, lăptișor de matcă, Apilarnil, Apilarnil prop., administrate singure sau în combinații, în doze adecvate, individualizate.

Premisa observațiilor noastre a constituit-o cercetările clinice și paraclinice care au arătat principiile active ale produselor apiterapice, cu posibilitățile de protecție hepatică directă, ca de exemplu, acțiunea de stabilizare a membranelor, de unde aspectul specific preventiv și curativ asupra hepatocitului, aspectul general de întreținere și favorizare a metabolismului celular. Refacerea funcțiilor specifice, normalizarea lor, este condiția preliminară pentru activitatea metabolică, antitoxică a ficatului.

Cercetările noastre clinice (N. DRĂGULESCU, Elena PALOȘ, Al. CIPLEA) cu produse apiterapeutice în patile cronice de ficat au avut ca bază această concepție, hepatopatiile cronice reflectând caracteristicile de bază ale ficatului: suprafața sa funcțională întinsă, sensibilitatea deosebită la injurii, reactivitate și plasticitate deosebite, complexitatea funcțională evidentă, răsunet funcțional multilateral în întregul organism.

Este de subliniat plasticitatea morfofuncțională extraordinară, labilitatea deosebită a raportului dintre acțiunea factorilor patogeni agresivi (infecția virală, îndeosebi) și reacția reparatorie și compensatorie a ficatului, determinând evoluții variate, valori neprevăzute, surprinzătoare, cu dificultăți consecutive de diagnostic, tratament, evoluție și prognostic.

Caracterul dinamic al diferitelor aspecte morfologice sau funcționale ale hepatopatiilor cronice, apare deci, ca firească. Tabloul clinic, biochimic, enzimologic sau histologic nu prezintă salturi, în vreme ce diferitele laturi ale procesului hepatitic nu variază concomitent, discordanțele aparente survenind frecvent. De aici și dificultățile reale în urmărirea îndelungată a evoluției naturale a hepatopatiilor, față de cea determinată terapeutic – în contextul plasticității impresionante a ficatului și al caracterului dinamic al proceselor morbide hepatitice – prin înregistrarea periodică a unor instantanee (controale) clinice, morfologice și funcționale.

Nomenclatura și clasificarea hepatopatiilor cronice se bazează pe caracterele fiziopatologice ale procesului evolutiv, de cronicizare, pe intercondiționarea procesului inflamator cu cel structural. Hepatopatiile cronice, astfel privite, apar ca operațiuni difuze ale ficatului, durând variabil, de etiologie predominant virală, cu patogenie conflictuală mezenchim-parenchim, cu răsunet funcțional polivalent, dar nespecific. Dintre ele, hepatitele cronice au la bază conceptul inflamator, iar cirozele – pe cel predominant structural; între ele – forme de trecere variate. Formele de boală pot fi activ-evolutive, ori stabilizate.

Pe de altă parte, influențe toxice variabile – alcool, diverse ingrediente conservate, nitrosaminele, etc. – pot provoca leziuni hepatice cronice care pot evolua până la ciroză hepatică ascitogenă. O asemenea etiologie ar putea explica geneza unui mare număr de hepatopatii cronice, care continuă să apară la subiecții care nu au „trecut” printr-o hepatită virală (A, B, C, D) și la care reacțiile serologice (antigen Av, markeri), sunt negative. Sunt cazurile în care lăptișorul de matcă, Apilarnilul își găsesc participarea terapeutică odată în plus, indicația terapeutică optimă, în consecință, va fi în funcție de toți acești factori.

Hepatitele cronice le-am acceptat a fi clasificate după criteriile internaționale:

- hepatite cronice – persistente (stabilizate, inactive), active, evolutive, moderat active, intens active;

- ciroze hepatice – compensate și decompensate (parenchimatosis, portal) sau active, inactive.

Definițiile acestor forme gnozeologice au fost cele unanim acceptate.

Între anii 1983-1994, în Centrul medical de apiterapie și în clinica IFNP București, au fost urmăriți aproape 360 de bolnavi cu hepatite cronice, ambulator sau prin internări în clinică (unele cazuri cu 5-12 internări în această perioadă). Bolnavii au fost împărțiți în grupe de studiu: hepatite cronice, ciroze hepatice, convalescențe după hepatite virale acute, un grup martor – care a cuprins bolnavi urmăriți în evoluția naturală a hepatopatiilor, sau tratați numai cu medicamente hepatotrope alopate uzuale (vitamine).

S-a lucrat după metodologia din clinica IFNP (Toma NICOLAESCU), în accepțiunea Ministerului Sănătății:

1. Investigații clinice: examen clinic general, cu date despre forma și consistența ficatului și a splinei; înregistrarea sindroamelor astenic, dispeptic, nutrițional, hemoragic, stază portală, encefalopatie hepato-portală. Aprecierea a fost convențional împărțită în trei grade: discret, moderat și sever;

2. Investigații morfologice: **macroscopice** – înregistrarea formei, dimensiunilor, consistenței și poziției ficatului și splinei; scintigrafie hepato-splenică (I 131, Au 98, Tc 99); ecografie abdominală; **microscopice** – puncție biptică hepatică (tehnica Menghini modificată);

3. Investigații funcționale, conservând răsunetul biochimic funcțional al modificărilor structurale: **mezenchimale** (reacția inflamatorie): VSH, disproteinemie, electroforeză; **parenchimale** (sinteze hepatocitare): albuminemia, protrombinemia, coagulare și transfer (bilirubinemia, BSP, hepatocitoliza (transaminazele, γ -GTP));

4. Investigații imunologice – adresate imunității celulare și umorale (gamaglobulinele, imunoglobulinele, antigen AV, anticorpi, infiltratul hepatic limfoplasmocitar pe fragmentul biptic, mai recent, markeri virali).

Medicamentele apicole administrate pacienților din primele 3 grupe menționate mai sus (grupa a 4-a fiind considerată drept martor) au fost: Polen – granule, Polenolecitin – granule, Apilarnil și Apilarnil prop. (microdoze), Lăptișor de matcă – fiole, Păstură, toate în doze și într-un ritm de administrare relatate periodic (N. DRĂGULESCU, Elena PALOȘ) pe durata observațiilor.

Evoluția hepatopatiilor cronice reflectă intercondiționarea dinamică între „factorii de agresiune” primari (virală, toxicitate) și secundari (nevralii), pe de o parte și cei „reactivi”, primari (determinați genetic) și secundari (determinați autogenetic).

Sensul acestei evoluții poate fi descendent (spre forme stabilizate de boală), ascendent (spre hepatite active și ciroze) sau ondulant (spre vindecare ori spre hepatite cronice și ciroze). Aceste evoluții, pe fondul evoluției naturale a bolii (în lipsa tratamentului sau independent de acesta) își au importanța lor. Procentul evolutiv al bolii, factorii determinanți și favorizanți, tratamentul, evoluția de neprevăzut a hepatopatiilor apar drept factori plauzibili.

a. În privința bolnavilor de hepatită cronică persistentă, apreciem la 70% din cazurile cu tratament apicol (la unii bolnavi tratament unic, la alții tratament

asociat) rămânerea la stadiul staționar al bolii, sau o înregistrare a unei pante descendente a bolii, spre stabilizare.

După parametrii urmăriți în protocolul amintit, se poate vorbi despre reechilibrarea plasmatică a proteinelor prin creșterea albuminelor și scăderea globulinelor, raportul A/G devenind – din subunitar, supraunitar. Ameliorate sunt și transaminazele, γ -GTP, probele de disproteinemie, bilirubinemia, hemograma, VSH.

Clinic, starea generală apare net ameliorată, cedează astenia, somnolența diminuează, revine apetitul, diminuează fenomenele dispeptice, se reduce meteorismul și sub icterul obiectiv, cedează hepatosplenomegalia;

b. În grupul hepatitelor cronice cu potențial activ, evoluția, sub tratamentul apicol, în sens descendent, pe forme ameliorate (persistente), se reduce coeficientul la 42%; dar și un procent identic (42%), arată o evoluție ascendentă spre transformare sclerogenă.

Evoluția, în sens descendent, spre stabilizarea formei clinice de hepatopatie, este semnificativă în cazul bolnavilor cu medicație apicolă, sau cu medicație apicolă asociată, față de cazurile fără tratament ori numai cu prescripțiile hepatotrope uzuale, convenționale. Trecerea spre ciroză, la bolnavii tratați cu polen, pare mai lentă, întârziată, comparativ cu grupa martorilor (bolnavi internați repetat, la care s-au făcut 2-4 biopsii hepatice, în câțiva ani).

c. Aprecierea dinamicii evoluției virozelor hepatice apare îngreunată de aspectul relativ neomogen al lotului de bolnavi (cu reacții diferite ale bolii); chiar și așa îmbunătățirea – uneori pasageră – a parametrilor clinici (îndeosebi) și morfofuncționali, sub tratamentul apicol apare evidentă. Este de considerat întârzierea apariției decompensărilor portale sau parenchimotoase, sub acest tratament, după cum aproape spectaculos este ameliorată denutriția secundară a hepatopatiilor (medicamentul de preferat este lăptișorul de matcă, cu aportul său de aminoacizi esențiali).

Un număr de cazuri cu ciroză hepatică, urmărite cu tratament apiterapic, a evaluat nefavorabil, spre decompensare (inclusiv exitus). Evoluția acestora nu a putut fi influențată, fie datorită nerespectării recomandărilor igieno-dietetice (de exemplu consumul de alcool), a recidivării suprasolicitărilor de tot felul sau afecțiunilor intercurrente, fie insuficienței tratamentului ori evoluției naturale inexorabile.

d. Convalescențele după hepatite virale acute reprezintă o etapă de tranziție între stadiul acut și – neobligatoriu –, cel cronic al infecției cu virusurile hepatice, cu implicații teoretice și practice importante, greu de apreciat gnoseologic, observarea complexă, repetată a bolnavului fiind obligatorie în cele peste 130 de cazuri studiate. În intervale de 12 luni de la infecția acută, influența net favorabilă a apiterapiei apare clar, chiar în acele forme ce par rezistente la alte medicații (de exemplu terapia serică, formele colostatice).

Sensul activității apiterapiei este de frânare sau chiar de împiedicare a cronicizării. Normalizarea parametrilor urmăriți este accelerată, iar perioada de convalescență apare semnificativ scurtată.

e. În fine, la cererea și insistența unor bolnavi sau a aparținătorilor, s-a administrat tratament cu polen și propolis și în cazuri de cancer hepatic, hepatom

sau secundar. Se pot relata unele ameliorări ale stării generale (ameliorarea asteniei, denutriției, îndeosebi dispeptic), rămase însă pasagere.

Din cazurile urmărite și raportate se poate aprecia că evoluția procesului de cronicizare și agravare a hepatopatiilor având la bază fenomenul de autoîntreținere oncologică, poate fi influențat (eventual stopat) printr-o apiterapie judicioasă, de lungă durată. Acest lucru poate fi estimat încă în diacronia (dinamica) sa, prin investigații repetate, în condițiile intervenției terapeutice particularizate, după forma de boală și caracterul de evoluție.

Ca repercurșiune practică, apare și importanța elementelor de profilaxie primară (prevenirea cronicizării) și profilaxie secundară (prevenirea decompensărilor), a diagnosticului rapid dar complex și a instituirii unui tratament, de asemeni complex, în care produsele apicole și-au câștigat deja un loc sigur, cu aspectele protective și curative probate.

Administrarea apiterapiei chiar în tratamentele de durată, nu are (practic) efecte secundare, este relativ puțin costisitoare și ușor de procurat, ceea ce oferă perspective certe în tratamentul afecțiunilor hepatice.

Pe de altă parte, cum datele actuale de fiziopatologie hepatică consideră inițierea și autoperpetuarea procesului hepatitic de cronicizare ca fiind determinat de alterarea procesului imun, terapia cu venin de albină (propus de Al. PARTHENIU) ne-a determinat să investigăm și eventual să stabilim unele profile de corelații clinice histo-biochimice hepatice, în cursul administrărilor terapeutice a veninului de albine, la bolnavii cu arteriopatii obliterante, reumatism sau astm bronșic, recunoscând că efectul asupra organismului expus agresivității înțepăturii și introducerii veninului, reprezintă, în fond, un conflict antigen-anticorp, cu mobilizarea întregului arsenal de polinucleare, monocite, mastocite, limfocite T și B, organismul producându-și anticorpul (imunoglobulinele).

De aici, probabil, contraindicații parțiale a tratamentului cu venin, în cazul hepatopatiilor care se întâlnesc într-o mare parte a literaturii. Deși lotul de aproximativ 30 de bolnavi urmărit a fost neomogen, observația îndelungată (cel puțin trei ani, însumându-se circa 1000 înțepături de albină la fiecare bolnav) a permis desprinderea ideii lipsei de nocivitate a veninului asupra ficatului. Nu pare a se confirma nici posibilitatea favorizării evoluției unei hepatopatii stabilizate.

Din literatura ce o avem la dispoziție, această cercetare ne permite a o considera prioritară în cercetarea medicală.

Aceste rezultate se corelează cu efectele mierii și propolisului: spasmolitice, epitelizante (efectul antisecretor al flavonelor, blocarea histaminei circulante, a celulelor secretoare), de anestezie locală, antiinflamatorie, antimicrobiană, laxativă. Tratamentul este cronic și, conform unor cercetări din Bulgaria, administrarea perorală îndelungată a propolisului ar induce riscul disbacteriozelor.

Mierea și propolisul se pot utiliza în tratamentul ulcerelor gastro-duodenale, având ca rezultate amendarea simptomatologiei dureroase și dispeptice; s-au relatat și ameliorări radiologice (dispariția nișei). În cadrul Centrului medical de apiterapie, propolisul a fost mult folosit în tratamentul unor parazitoze, în special în giardioză (Viorica IONESCU).

De dată mai recentă se aplică apiterapia în cazul colitelor, al rectocolitelor. S-a folosit mierea și propolisul în tratamentul rectocolitelor ulcerohemoragice, cu rezultate încurajatoare. După 4-5 zile de tratament durerea abdominală dispare (spontan sau la palpare), dispare meteorismul, se normalizează tranzitul intestinal (dispare și steatoreea). Radiologic și rectoscopic se constată ameliorarea stării mucoasei (dispariția ulcerățiilor).

Este receptiv după tratamentul cu propolis și examenul bacteriologic prin dispariția germenilor (stafilococi, streptococi, proteus, etc.), iar o influență parțială a fost observată asupra *E. coli*.

APITERAPIA ÎN PATOLOGIA SEXUALĂ

Dr. Constantin DRUGEANU, Doina BĂGILICĂ (psiholog)

INTRODUCERE

Experiența terapeutică acumulată empiric din cele mai vechi timpuri în activitatea umană pe aceste meleaguri ale genezei și continuității poporului român include prezența albinelor și culturii apicole, relația dintre terapia prin miere și produse apicole și funcția sexuală umană având o importanță crescândă.

Studiul de față urmărește să valorifice, în contextul actual de preocupări integratoare a apiterapiei românești, experiența noastră colectivă de sexologie medicală clinică și de psihologie medicală în diagnosticul și terapia sexuală, considerând de prisos o incursiune istorică, altminteri deosebit de concludentă, în utilizarea mierii și produselor apicole în contracararea empirică a tulburărilor sexuale. Ne vom raporta la datele unor cercetări științifice morfofiziopatologice și psihice distincte, obținute îndeosebi în perioada ultimilor 30 de ani, cu răsfrângerea aplicativă clinică consecutivă în ceea ce privește sexologia, cu particularitățile sale proprii alături de disciplinele medicale paralele sau interferente.

Această poziție se bazează pe cunoștințele existente și experiența acumulată în special în cadrul sectorului medical autohton de apiterapie din Institutul de cercetare și dezvoltare pentru apicultură privind certa valoare terapeutică a produselor apicole și a arsenalului medicamentos aplicat curent în practica medicală clinică.

Conjugarea sexologiei medicale cu psihologia medicală evidențiază în activitatea noastră de cercetare atât o interdisciplinaritate concertată în conceptul medicinei contemporane cât și o optimă valorificare practică a produselor apiterapeutice în domeniu. Indispensabila concomitentă în sexologie a celor două componente – somatic și psihic – ale fenomenului funcțional relațional sexual (individual și de cuplu) asigură aparatului genital uman o dublă finalitate – reproductivă și recreativă –, dimensiunea afectivă neputând fi desprinsă de componenta psihică umană, individuală și de cuplu.

Existența în terapia medicamentoasă clasică a unor multiple direcții farmacologice neapicole, particularizate ca entități, farmaceutice și scheme asociative de tratament, a oferit un aport relativ și o eficiență destul de limitată pe ansamblul patologiei sexuale (multe contradicții, reacții secundare, incidente intraterapeutice ș.a.).

De altfel, se înregistrează – nu de puțin timp în farmacoterapia umană tendința de a recurge la medicația naturistă, cu produse nesintetice, fără riscuri și contraindicații și cu un nivel potențial terapeutic mai eficient.

TERAPIA SEXUALĂ

Înainte de prezența produselor apicole, a capacității lor farmacologice utile corespunzătoare scopurilor urmărite de noi în terapia sexuală, a indicațiilor lor, a

posologiei și modului de administrare, precum și a eficienței constatate de noi în practica de cabinet, în funcție de etiopatogenia cazurilor (comparativ cu terapia clasică), ne vom referi la patologia sexuală observată și constatată în cazuistica noastră. Acest mod de prezentare, considerăm noi, ar putea delimita și evidenția mai convingător direcțiile de adresare terapeutică, cele mai indicate pentru terapia apicolă.

Sexologia umană⁴ acceptă astăzi, în limitele exclusiv masculine sau feminine ale cuplului, și ideea de „medicină a cuplului”, care ar constitui o entitate unitară medicală, întemeiată pe o vădită interdisciplinaritate științifică, având totodată și o anumită metodologie exploratorie. Existența unui aparat genital sexual efector distinct, intercondiționat unui complex motivațional organic și psihic (în contextul unor relații episodice sau stabile), conferă fiecărui component din cuplu explicații separate ale reacțiilor efectorii. Astfel:

la bărbat - sexualizat diferențiat masculin și în stadiu matur de participare (receptare) la o incitație erogenă externă (datorată partenerei) include un mecanism complex neuropsihic, generator al actului efector, de subliniat fiind superioritatea stimulatorie (concomitentă și/sau anticipativă) endogenă, definită prin fantasmul erotic^{11,26}.

Înlănțuite sau nu (în condiții de cuplu permanent sau ocazional), mecanismele neuroendocrinopsihice antrenate realizează în plan anatomofiziologic proiectat la nivelul aparatului genital un proces hemodinamic, concretizat prin rigidizarea corpilor musculari erectili intrapenien (corpi cavernoși), prin umplerea lor vasculară oferind posibilitatea copulatorie către parteneră^{20,24}. Etapele componente ale răspunsului sexual masculin cuprind o fază de excitație și erecție, o fază – în platou – copulatorie, o fază de ejaculare și orgasm (în mod normal tot intracopulatorie) și o fază de rezoluție și de evacuare sangvină cu scăderea erecției, cu sau fără posibilități rapide sau tardive de reiterare (în raport de fiecare organism).

Întregul proces (asemănător și la femeie) se axează pe maturitatea și integritatea somato-psihică a individului, pe existența în viața individului a unor cauze de alterare sau perturbare organică sau psihică, episodice sau accidentale, condiții de mediu, imaginea partenerei etc. De exemplu – în același context al ciclului dinamicii sexuale –, însemnătatea deosebită pentru faza de platou a intromisiunii (copulatorii), a preludiului sexual și a zonelor erogene (sau erotigene), folosite sau nu de parteneri, sunt condiții ale unui răspuns sexual optim.

la femeie – s-a considerat cu totul eronat, într-o epocă anterioară, că ar deține numai rolul de participare „receptivă” prin organele sale genitale și de posibilitate reproductivă, ca singură finalitate a sexualității. În lumina reconsiderării fenomenului relațional de cuplu, cu fundamentare pe date morfofiziologice și psihologice sexuale feminine, femeii îi este rezervat un complet și complex ciclu de răspuns sexual.

Se implică²⁰ participarea (cu sau fără inițiativă personală) la preludii, axarea pe zonele erogene, incitația locală sau generală la etapa copulației și orgasmului, cu detensionarea respectivă, consecutivă. Trebuie subliniat că sub

raportul orgasmului sunt diferențe calitative de la caz la caz (chiar absență) sau de la episod la episod sexual.

În mod obișnuit, orgasmul la bărbat este condiționat de ejaculare și de episoadele copulatorii, la femeie putând fi realizat și finalizat după al doilea sau al treilea act copulativ, postcopulator și extra copulator (în afară de un episod sexual propriu-zis) și cu o dublă localizare erogenă (vulvo-clitoridiană și vaginală).

Patologia sexuală (cu excluderea sterilității) apreciem nesusținută ferm atât prin date statistice, cât și prin inexistența unei rețele ambulatorii de unități teritoriale specializate etc. – ne-a determinat ca modelul nostru de lucru să fie conceput cu un caracter oarecum distinct de activitate clinică și de cercetare a cuplului sexual. Modelul include o cazuistică importantă, mai ales în ceea ce privește entitatea de Tulburări de Dinamică Sexuală (TDS, fie exclusive, fie secundare unor afecțiuni nesexuale variate)⁶.

Pe plan mondial sugestivă este situația în SUA, unde stadiul de TDS este prezent la 10% din populația activă matură sexual¹⁴, pe jumătate prezentând o formă globală de TDS ca entitate psihogenă, iar restul secundar unor cauze diabetice, cardio-vasculare, uro-prostatice, endocrine, vertebro-medulare ș.a.

Deși se are în vedere neîncetat cuplul și nu individul, tipurile și cazurile funcției sexuale afectate (în lumina unei grupări semiologice și etiopatogenice specifice patologiei sexuale) ca probleme cercetate sunt prezentate separat, pe sexe, însă terapia focalizează cuplul și nu numai pe unul din partenerii cu TDS.

La bărbat – de reținut impotența sau insuficiența sexuală sau tulburările de dinamică sexuală (TDS) care se referă semiologic²⁴ la libidou, erecție, intromisiune sau copulare, ejaculare sau orgasm.

Tulburările de libidou (selective, parțiale sau totale, primare, permanente sau episodice) pot fi cauzate de carențe endocrine, psihogene sau consecutive unor afecțiuni generale din categoria stresului (surmenaj, denutriție, boli consumptive, convalescență, boli infecțioase sau virotice, cardio-respiratorii, digestive, nutriționale ș.a.).

Tulburările de erecție^{2,7,16,22} cuprind formele complete (anerecția), selective sau *erga omnes*, permanente sau temporare, cu cauzalitate frecvent psihogenă și condiționată sau facilitată uneori de parteneră, de inhibiția debutului etc. (se pot include erecția spontană – nocturnă, cu sau fără fantasme erotice).

Stabilitatea erecției reprezintă un alt parametru al dinamicii sexuale masculine, asigurând capacitatea de intromisiune (incluzând și factorii patogeni de îndurație plastică a corpiilor cavernoși).

Tulburările de ejaculare¹⁰, cu absența acesteia (anejacularea selectivă sau *erga omnes*), temporară sau episodică, primară sau permanentă, antepostas sau intravulvară, precoce, în asociere sau nu cu tulburări de libidou, sau adesea de erecție.

Această manifestare este inclusă în TDS ca cea mai răspândită, în prezent, la subiecții masculini. Ea poate fi raportată la tipul constituțional individual, la începutul vieții sexuale. Tulburarea este frecventă atât la tineri și la subiecții din cupluri recente, neadaptate sau dezadaptate, cât și la vârstnici, în climax, prin deficit hormonal sexual. Această grupă de tulburări include și ejacularea tardivă prin excese sexuale, alcoolism, tulburări endocrine etc.

Tulburările de orgasm asociate la bărbat în general ejaculării, nesincron la parteneră, fără interdependență cu parametrii erecto-ejaculatorii, implică anorgasmia totală sau parțială, temporară sau parțială, temporară sau permanentă, selectivă sau *erga omnes*, cauzalitatea fiind, în primul rând, în planul psihogen și ținând și de particularitățile cuplului.

Etiopatogenia TDS masculină este complexă, fapt care a impus în direcția utilizării apiterapiei – ca obiect al studiului nostru – limitarea problemei la unele grupări cauzale și prezentarea observațiilor noastre din activitatea Cabinetului de sexologie din cadrul Centrului medical de apiterapie, cazuistică realizată în perioada anilor 1984-1992.

TDS erecto-ejaculatorii globale se ridică la circa 50-54% din totalul cazurilor, predominant ejaculatorii (ejaculare precoce) fiind circa 28-30%, iar cele predominant erecționale 16-20%. Tulburările de ejaculare prin sumare se ridică la aproximativ 72%, iar cele erecționale la 40-45%.

Tulburările de dinamică sexuală masculină – în statisticile noastre – implicate somato-psihogene (cu cauzalitate mixtă) se află pe primul plan, într-un procent de circa 65% (componentele psihogene și endocrine fiind prioritare, apoi urmând cele uro-genitale, metabolico-nutriționale, cardiovasculare, respiratorii, digestive, hepatice etc.); tulburările de dinamică sexuală predominant psihogene se ridică la circa 21%, iar cele somatice la circa 14%. De notat predominarea componentei cauzale psihogene – fie preexistente, fie secundar-reactive – în deficitul sexual. Se implică în această componentă tipul de personalitate psiho-compor-tamentală și neuro-vegetativă, influențele negative sumate și progresive ale trecutului psiho-social, inclusiv erotic, al subiectului și aportul partenerei, traducând ceea ce se numește conjugopatia sau maladia de cuplu.

În condițiile unei interdependențe morfo-funcționale neuropsiho-endocrine, tulburările psihice implicate în TDS interesează sferile afecto-emoționalității, volitive, comportabilității personalității umane în ansamblu, favorizând sau prejudiciind în fond viața sexuală a individului (sau izolat, episodul sexual).

Tipurile de tulburări psihice pot fi nevrotice, psihopatie, psihotice, secundare unor substraturi organice (decompensări ale deficitelor psihice mai mult sau mai puțin profunde, intraclimatic, decompensări pe fond toxiinfecțios, toxicomanii etc.). Componenta psihogenă a cauzalității TDS se evidențiază cu o incidență deosebit de crescută, însumând în gruparea statistică mai sus arătată circa 70-75% din cazuri.

La femeie, înscriind problemele de patologie sexuală în cadrul aceluiași ciclu de răspuns sexual, bineînțeles cu particularitățile sale distincte și axându-ne mai mult pe ceea ce poate fi contracarat prin mijloacele medicamentoase apiterapice, se poate reține ca tipuri majore de patologie sexuală: vaginismul, dispareunia și frigiditatea.

Vaginismul, constând din imposibilitatea copulării prin intervenirea unor stări de contractură reflexă, involuntară a musculaturii locale genitale și perigenitale (ducând la ceea ce se denumește penis captivus^{20,23,24}), poate fi primar+primitiv *erga omnes*, împiedicând debutul actului sexual sau chiar investigația ginecologică cu etiologie psihogenă sau secundar, cu cauzalitate variată: post partum, post operator, post agresiv (viol), climax, în înlănțuire cu un anumit tip de personalitate psihică, fond psihopatic preexistent sau reactiv etc.

Frigiditatea^{1,5,12,20,24} cu o incidență deosebit de accentuată la ora actuală, se manifestă frecvent la nivel de cuplu prin relația: ejacularea precoce la bărbat și frigiditatea femeii implică fenomenul de absență sau de diminuare a libidoului (dorinței) sau incitabilității erotice și a parvenirii sau nu la orgasm. Nu rareori aceste componente ale frigidității sunt însoțite de vaginism și dispareunie⁵.

Frigiditatea poate fi totală sau completă, incompletă și parțială; poate fi permanentă, temporară sau ocazională, *erga omnes* sau selectivă. În acest context, sexualitatea feminină fiind mai cerebrală decât cea masculină, cauzalitatea sa este deosebit de complexă, uneori fiind notată cu titlul primitiv de neelucidat, permanentă, indiferent de partener, de cele mai multe ori însă secundară unor multiple cauze psihogene (tipuri de personalitate psihică și tulburări psihice), endocrine, genitale, în cadrul unor afecțiuni generale negenitale sau ținând de „istoricul femeii”, trecutul și prezentul său de cuplu, partener-parteneri.

În statisticile noastre, TDS feminine și în primul rând disorgasmia, le notăm cu un procent de circa 80%, formele intricate somato-psihice, maladiile de cuplu și cazurile de înrăurire pato-sexuală conferită de TDS masculine (ale partenerilor de cuplu) ridicându-se la un procent de 60-65%. TDS feminine, exclusiv psihogene sau somatice, sunt relativ rare, iar în cadrul factorilor cauzali se cuprind cei formaționali și cei de patologie genitală.

Din prezentarea succintă a elementelor de patologie sexuală individuală și de cuplu rezultă că sub raport terapeutic se delimitează pentru apiterapie (asociată sau nu cu terapia clasică și psihoterapia): corectarea sau optimizarea receptivității locale erotice la nivel somatic privind factorii erogeni; corectarea deficiențelor de hemodinamică a erecției, biostimularea generală în plan somatic și psihic; corectarea unor dereglări funcționale tranzitorii sau persistente în plan psiho-neuro-endocrin, nutrițional-metabolic, a celor hepato-digestive și corectarea unor leziuni locale la nivelul aparatului sexual prin factori antiinflamatori sau antiinfecțioși, factori regeneratori celulari etc., direcții terapeutice slujite cu multă eficiență prin scheme apiterapice și mixte, cu sau fără psihoterapie. Schemele alese trebuie individualizate la nivel de subiect sau de cuplu în raport de particularitățile clinice prezentate.

Pentru elucidarea etiopatogeniei fiecărui caz în parte (individual sau cuplu) se aplică, la nivelul Cabinetului de sexologie și al celui de psihologie medicală, o metodă complexă⁹, incluzând un număr mare de repere: anamneză minuțioasă (inclusiv sexuală), examen constituțional și de sexualizare (biotipul și stadiul de dezvoltare al sexualizării), examen al funcției sexuale, examenul clinic general negenital (implicit neuro+endocrin) și o investigație paraclinică și de laborator (implicit hormonală). La această explorare se are în vedere caracterul interdisciplinar al sexologiei cu aportul necesar al endocrinologiei, neurologiei, cardiologiei, psihiatriei etc.

Sub raport psihologic, metodologia cercetării constă în examinarea psihologică clinică, conform normelor școlii românești de psihologie medicală: anamneză psihologică privind datele personale (sex, vârstă, situație socio-profesională), principalele evenimente medico-psihologice din antecedentele subiectului (boli somatice, debutul sexual, comportamente deosebite în pubertate, adolescență ș.a.), reacțiile afectiv-atitudinale față de modelul parental, școală etc.

Sunt importante fenomenele disfuncționale sau patologice ale subiectului: tulburări de somn, calitatea viselor, tulburări ale diferiților analizi, fenomene de percepție patologică, sistemul ideativ rațional etc.

Datorită acestei cerințe s-a folosit ca tehnică exploratorie un test proiectiv de personalitate, care oferă o imagine globală a structurii și dinamicii psihologice a individului. De subliniat că testul proiectiv are și calitatea de a anihila (sau de a diminua puternic) autoapărarea imaginii de sine față de criteriile privind idealul etico-moral și cele imaginate de către subiect ca fiind ale examinatorului. Valoarea terapeutică a testului constă în următoarele:

- permite exprimarea unor conflicte și stări de tensiune intrapsihică morbidă într-o manieră simbolică, pe care un alt mod nu le-ar putea exprima;
- ușurează tensiunea intrapsihică prin descărcare (cathariss);
- favorizează contactul cu diagnosticianul, dezvoltând relații pozitive propice rezolvării acuzelor.

Lotul de subiecți cercetați în perioada relatată a fost formată din 90% masculini și doar 10% feminini (acestea fiind în proporție de 7-8% soții ale subiecților prezentați la cabinetul de profil). Această situație se explică prin păstrarea viziunii generale care atribuie bărbaților calitatea de factori activi în activitatea sexuală (și singurii), femeile având doar rolul de acceptare al acestui activism. Lotul de subiecți a relevat incidența crescută a fenomenelor de eșec sexual pentru vârste între 20-30 de ani (10%), între 30-40 de ani (25%), între 40-50 de ani (30%) și între 50-60 de ani (35%). De reținut că sub raportul deficitului de dinamică sexuală în 55% din cazuri se semnalează un debut antemarital, implicit în alte căsătorii; în 30% din cazuri tulburările de dinamică sexuală debutează ulterior.

Din punct de vedere psihologic, subiecții care au prezentat fenomene de tip nevrotic au fost în proporție de 80-90% (fatigabilitate, fofene, spasmofilie, paretezii, labilitate și imaturitate afectivă (nod „hy”), iritabilitate nervoasă, labilitate emoțională, agitație psihomotorie etc.). Testarea a remarcat că 70% din cazuri care au acuzat eșecuri au fost cele sexuale sau afectiv-etico-morale. Pe plan psihologic, deseori colaborat cu cel endocrin, se observă, în majoritatea cazurilor, o sexualitate restantă la nivel infantil – senil, asociat cu o agresivitate de același tip. De asemenea, în ultima perioadă se remarcă un „complex de vinovăție”, la care replica este în general demisia în fața eșecului. Frica de eșec pare caracteristic masculină în activitatea sexuală. Stările afective sunt majoritar de anxietate, cu reacții de tip convulsiv, ca și relativ de tip obsesiv inhibitiv.

APITERAPIA

Apiterapia grație stadiului său actual de dezvoltare și fundamentare științifică, oferă resurse în plus în terapia sexuală, cu atât mai mult în condițiile apifitoterapiei^{4,25} și eventual psihoterapiei, în unele cazuri asociind și terapia medicamentoasă clasică.

Produsele medicamentoase apicole, prin conținutul lor biochimic bogat, prin principiile active pe care le înglobează, oferă multipli factori farmacodinamici care se direcționează spre o paletă largă, complexă de acțiuni

utile de tip energo-bio-stimulante somatopsihice, activatoare sau corectoare plurifuncțional, reclamate și în terapia TDS.

Fără a detalia, fără a ne mai referi la miere (produsul nobil al albinei), în monografia de față ne vom limita rezumativ la celelalte produse apicole utilizate în apiterapie – asociată sau nu cu cea clasică – în cadrul TDS și anume:

Polenul^{3,4} – prin compoziția complexă în proteine, aminoacizi, zahăr, minerale, vitamine, substanțe hormonale, în proporții diferite în funcție de plantele de proveniență și cu ecou asupra calităților terapeutice, ne-a interesat în cazurile ce au prezentat probleme de sexologie, în situațiile asociate cu suprasolicitarea somato-psihiacă, ca reconstituient general, aporturile utilitare datorate plantelor aferente fiind demne de relevat ca efecte farmacodinamice: cimbrisorul – cu proprietăți afrodisiace; castanul – favorizator al circulației periferice, deci și intrapeniene, descongestionant prostatic; teiul – calmant, sedativ; salcâmul – calmant etc. În prezentarea autohtonă polenul este folosit ca extract, pulbere, granule, comprimate și în produse asociate cu alte produse ale stupului.

Păștura^{4,25} sau pâinea albinelor, polen transformat biochimic în faguri, evidențiază însușiri mai valoroase decât ale polenului, având un conținut mai bogat în zaharuri simple, vitamina K, aciditate sporită, factor esențial în conservarea și menținerea echilibrului metabolic. Prezintă interes în terapia afecțiunilor sexologice, în prostatite și adenoamele de prostată cu inevitabile TDS consecutive, în descongestionarea organică a tractului seminal, în combaterea aterosclerozei și la nivelul vascularizării periferice (inclusiv peniene) etc.

Lăptisorul de matcă^{4,25}, produs de albine pentru dezvoltarea diferențiată a coloniei, constituie, prin compoziția sa (proteine, zaharuri, vitaminele B₁, B₂, B₆, acid folic, hormoni, etc.), un produs cu o certă utilitate terapeutică asupra componentei psihogene din insuficiența sexuală. De asemenea, în tulburările neuro-psiastenice de fond sau reactive ale subiecților feminini cu tulburări individuale sau de cuplu ale dinamicii sexuale, ca și în geriatrie și stări de convalescență cu tulburări sexuale intricate. Utilizarea sa mai este recomandată – sub diferitele forme medicamentoase asociate sau nu – în întârzieri ale pubertății cu tulburări psiho-comportamentale.

Propolisul^{4,18,25} – prin componentele sale biochimice (îndeosebi flavonoide, betulen, izovanilină, rășini, acizi aromatici nesaturați) are efecte antibacteriene, antivirotoice, antiparazitare, antiproteolitice cu contribuție consecutivă în afecțiunile inflamatorii (genitale – prostatite -, veziculite, ale tractului seminal în general), dar și asupra fragilității și permeabilității vasculare, vasodilatatoare (în procesul erecțional de exemplu) și hipotensive, stimulatorii endocrine (glande sexuale, tiroidă, pancreas, suprarenale ș.a.). Nu trebuie omise efectele sale benefice în indurațiile plastice de corpi cavernoși (în pomezi aplicate local în asociere cu fizioterapie prin ultrascurte și medicație orală), distrofii, ectopii, în eroziuni ale colului uterin, în diferite infecții ale căilor urinare etc. Propolisul este prezentat sub diferite forme: soluție, unguente, supozitoare etc.

Apilarniul^{4,18,25} – produs apiterapic de mare perspectivă, preparat în variate forme și cu destinații utilitare diferite, în primul rând sub forma produsului sexotrop *Apilarnil potent* (cu sau fără yohimbina). Produsul (triturat integral al celulelor de larve de 7 zile) este biostimulator în stări carentiale cronice, eficace în corectarea dispepsiilor, psihotrop – după caz psihostimulent în psihogenii

reacționale cu componentă nevrotică sau în unele manifestări psihopatologice datorate vârstei (întârzieri ale pubertății, pubertate patologică etc.), toate acestea cu influențe marcante asupra funcției sexuale.

Referindu-ne la Apilarnil potent (cu sau fără yohimibă)¹³ – prezent sub formă de drajeuri –, menționăm că este un produs mixt: Apilarnil + pulbere de țelină, glicerofosfat de calciu, acid folic, metiltestosteron, clorhidrat de papaverină (ultimele două absentând în produsul fără yohimbină). Efectele sale farmacotrope sexuale sunt datorate și țelinei, prin capacitatea stimuloare androgenă suprarenaliană, corectând disfuncțiile testiculare, inclusiv deficitul sexualizării somato-psihice și procesul spermatogenetic. De asemeni, prezența glicerofosfatului de calciu ca stimulent al funcției nervoase, al travaliului muscular și vasodilatator, participă activ la favorizarea proceselor neuromusclare efectuate în actul sexual masculin. Acidul folic participă la stimularea spermatogenezei, iar prezența metiltestosteronului asigură întreținerea dezvoltării organelor genitale masculine și a comportamentului sexual specific (și prin SNC), cu un aport în erotizare. Clorhidratul de papaverină, prin acțiunea vasodilatatoare și antispastică musculotropă, favorizează procesul de erecție (hemohidrodinamic), potențând efectul yohimbinei. Clorhidratul de yohimbină, cunoscut afrodisiac puternic și vasodilatator terminal intrapenian, stimulează instalarea și întreținerea erecției.

Apilarnilul potent cu yohimbină este indicat în diserecțiile predominant psihogene, cu incapacitate copulatorie, cu deficit al libidoului, pe un fond hipersimpaticotonic vegetativ, cauzalitate psihogenă primară (nu în psihoze sau psihopatii majore) și bineînțeles cauzalitate psihogenă reactivă cu intricații somatopsihice, îndeosebi endocrină, metabolico-nutrițională etc.

Apilarnilul potent fără yohimbină poate fi utilizat în ejacularea precoce, în tulburările de deficit al sexualizării, în hipofertilitatea masculină, în TDS cu componentă organică endocrină (androgenică), în stări carențiale sau după boli consumptive, după traume psihice majore etc. fiind util și în cazurile de sindroame psihonevrotice fără TDS (ameliorează atenția, memoria, afectivitatea).

La femei, Apilarnilul potent fără yohimbină poate fi utilizat în doze raționale în cazuri de hipogonadism, în pubertatea tardivă, în unele tulburări de libidou determinate de hiperestrogenism sau carență de androgeni exogeni, ca și în sindromul premenstrual cu tulburări neurovegetative episodice. De asemenea, este suficient în menome-toragiile funcționale, în unele cazuri de mastoze sau alte forme de mastopatii fără leziuni inflamatorii sau tumorale ale ovarelor și sânilor.

Medicamentul este contraindicat în cazurile de hipertrofie de prostată, adenom sau carcinom de prostată, în hipercorticosuprarenalism, în afecțiunile hipertone, cardiovasculare, în insuficiențele hepatorenale și anemiile feriprive.

Deși preocuparea expunerii de față sunt performanțele apiterapieii autohtone în raport cu medicația clasică în patologia sexuală, întregim acest tablou al produselor medicamentoase în TDS prin așa-numita „medicație apimixtă” (apicolă + clasică + fitoterapică), cu aplicație locală genitală masculină, dar și feminină, cu efecte benefice în cazurile de pubertate masculină tardivă, infantilism genital, hipogonadism hipo sau hipergonadotrop asociat sau nu cu insuficiență sexuală sau infantilism, TDS predominant erecțional, sindrom preinvolutiv cu afectare erecțională și/sau cu substrat hormonal și local genital

deficitar, de asemenea, în cazurile deficitar sexual feminine (carențe de libidou și de orgasm) cu tulburări de receptivitate erotică genitală externă⁸.

Aplicațiile locale de pomezi cu compoziție mixtă (medicament apicol + medicament clasic; medicament apicol + produs fito + medicament clasic), presupunând și o terapie preexistentă (mai ales psihotropă datorită componentei psihogene în TDS) sau paralelă, au prezentat rezultate încurajatoare. Această medicație locală cuprinde pomezi cu Apilarnil, propolis, metiltestosteron, vitamina A, papaverină clorhidrică, soluție alcoolică de nitroglicerină (pentru bărbați) sau numai pomezi (pentru femei). De asemenea, s-au realizat și pomezi api-fito-terapice (pentru bărbați) cu componentă variabilă de plante, cu indicații distincte pentru TDS erecționale sau ejaculatorii.

PSIHOTERAPIA

Psihoterapia recurge la discutarea cu pacientul (sau cel mai eficient cu partenerii de cuplu), după o investigație psihologică și medico-sexologică în lumina anamnezei și a tabloului particular fiecărui caz, pentru conștientizarea cauzelor eșecului sexual, primar sau secundar debutului în viața sexuală. Trebuie subliniat că nici la ora actuală cuplul de lucru psiholog-sexolog sau medicul sexolog-psiholog nu este înțeles ca necesar pentru a prezenta subiecților motivația complexă a cauzelor ce aparțin celor două domenii pentru rezolvarea situației lor.

Sub un anumit unghi, psihoterapia presupune pentru pacient un proces de învățare, proces care se caracterizează prin identificare, corecționare și clasificare (insight)¹⁹. Fundamental, apar unele caracteristici:

- relația de sprijin între terapeutul care are competența și dorința de a ajuta pacientul care are nevoie de ajutor;
- pacientul cu dorința de a-și rezolva problema și terapeutul care îl respectă și îl acceptă;
- explicația terapeutică clară, rațională prezentată de terapeut și acceptată de pacient;
- relația bazată pe încredere și pe un anumit nivel emoțional pozitiv între pacient și terapeut;
- susținerea așteptării pacientului prin purtarea persuasiv empatică a terapeutului;
- furnizarea unor informații despre natura și cauza problemelor pacientului, transmise cognitiv perceptiv sau prin „insight” de către terapeut;
- facilitatea unor rezolvări de succes și a unei anumite optimizări, care întăresc speranța pacientului în reușita continuă.

Pentru psihoterapie, selecția pacienților s-a făcut după criteriile: motivația clară pentru psihoterapie; dorința puternică de schimbare; un anumit grad de forță a ego-ului; o anumită capacitate de relaționare; un anumit grad de dezvoltare cognitivă. Nu s-au întreprins ședințe de psihoterapie la bolnavii psihici, psihotici declarați sau depistați la apelul către cabinetul de sexologie și nici la adresa deficitelor psihice (oligofreni II și III).

În activitatea noastră, psihoterapia pleacă de la ceea ce trăiește bolnavul atât conștient, cât și la nivel inconștient, iar medicul care tratează farmacologic trebuie să aibă o atitudine adecvată, pentru a nu crea interferențe somato-psiice care să ecraneze sau să anuleze baza deschiderii psihoterapeutice.

Medicația de tip apifitoterapic reușește să păstreze condiția de conștiență a subiectului, adăugând nota optimizatoare a refacerii energetice somatice, lipsa temerilor relativ la efectele secundare cvasigenerale ale unor categorii de medicamente și chiar latura constructivă a apelului către „pastila-minune” care lansează pe un drum al refacerii sănătății.

REZULTATELE OBȚINUTE

Caracteristica unei convergențe necesare pentru abordarea eficientă a unei terapii în TDS masculine și feminine transpare în mod evident atât prin considerarea complexă a etiopatogeniei acestei entități gnoseologice, cât și prin mecanismele ce trebuie rezolvate concomitent. Aceasta reclamă în mod implicit o terapie cu aceleași caracteristici și posibilități farmacodinamice; ori, terapia ce poate fi asigurată de produsele stupului se pare că răspunde, în mod optim, acestor deziderate. Virtuțile terapeutice oferite de produsele apicole medicamentoase enumerate ne-au oferit posibilitatea să constatăm:

- tratamentul instituit pe individ sau pe cuplu implică și medicație (alături de cea clasică asociată) cu efecte benefice generale, la care se adaugă psihoterapia; caracterul de dispensarizare a cazurilor este obligatoriu, durata unui tratament putând fi între 6-12 luni;

- schemele apiterapice (în viitor și fitoterapice) sunt variate, incluzând cel puțin două sau mai multe dintre produsele apicole mai sus menționate; posologia este diversificată și asocierile medicamentoase (mai ales când se impune cea clasică) nu sunt totdeauna paralele, ci în etapizări succesive impuse de cauzalitatea TDS;

- asocierile medicamentoase clasice cuprind, în mod frecvent, psihotropele, vitaminele (în special vitamina E), unele medicamente endocrine (gonadotrope, tiroidiene, tireostatice, androgeni, esterogeni etc.), precum și medicația aferentă cauzelor cu substrat somatic negenital dar cu răsunet sexual;

- rezultatele obținute sunt convingător favorabile, înregistrându-se, față de loturile care au primit medicație exclusiv clasică, cele mai bune procente de îmbunătățire sau ameliorare în TDS exclusiv sau predominant funcționale sau psihogene, respectiv 72-75% prin apiterapie fără Apilarnil potent, 87-88% prin apiterapie cu Apilarnil potent, față de 38-45% prin medicație exclusiv clasică. De menționat că în cadrul procentajului de 87-88%, 35% reprezintă o vindecare integrală și permanentă, iar restul o optimizare parțială sau temporară a anumitor parametri ai dinamicii sexuale.

În TDS globale, cu etiologie intricată somato-psihogenă (endocrină, uro-prostatică, metabolico-nutrițională etc.), față de 25-30% cazuri cu rezultate bune prin medicația clasică, notăm obținerea prin terapie apicolă (fără Apilarnil potent), cu sau fără asociere cu cea clasică, vindecări sau îmbunătățiri ale TDS în circa 45-50% din cazuri și 55-60% dacă au primit Apilarnil potent. TDS predominant

somatice (în raport de cauză) relevă procente variate și mai scăzute de vindecări sau ameliorări importante și persistente.

Remarcăm în cadrul TDS masculine procente de ameliorări sau vindecări – referindu-se la parametrii componenți ai dinamicii sexuale – relevante și susținătoare a eficienței apiterapiei asociate. Astfel: între 55-66% din cazuri cu modificări ale libidoului (în condițiile asocierii psihoterapiei și a rezolvării componentelor psihogene intense); între 60-71% cu erecție spontană; între 45-60% cu probleme în erecția voluntară (în care preponderent a fost Apilarnilul potent cu yohimbina) și între 40-55% cu probleme privind ejacularea, au beneficiat de schemele noastre de tratament complex.

Adăugăm accentuate optimizări a tulburărilor neurovegetative – îndeosebi prin hipersimpaticotonie – în 74-75% din cazuri prin apiterapie mixtă (clasică + psihoterapie); reflexul cremasterian pozitivat în 45% din cazuri (Apilarnilul potent cu yohimbina), dificultăți de puberizare între 60-65% din cazuri; probleme ale debutului sexual sau de cuplu în 70% din cazuri (medicație clasică + psihoterapie) și în cazuri de conjugopatii (60% din cazuri), excluzând cele de incompatibilitate de structură psiho-comportamentală.

S-au observat (fără a compara cu medicația exclusiv clasică) îmbunătățiri evidente prin terapia apicolă (și îndeosebi cu Apilarnilul potent) ale unor parametri paraclinici cum ar fi spermograma (în afară de azoospermie) în 30-33% din cazuri, inclusiv în unele patospermii cu aglutinare spermatozoidică și infertilitate masculină cu cauzalitate autoimună.

De asemenea, între 25-30% din cazuri au realizat îmbunătățiri (evidențiate prin examene de laborator) ale parametrilor biochimici (Ca, Mg, P etc.) sau efecte reglatoare: scăderea glicemiei sau a colesterolului de exemplu. Testările psihologice repetate – deși concludente numai la referiri la intervale mari de timp – au oglindit unele îmbunătățiri ale funcțiilor psihice, drept efect post terapeutic al optimizărilor TDS.

Rezultate negative s-au obținut în cazuri congenitale (fondul genetic) cu sechele neurologice centrale și medulare, genito-urinare, metabolico-nutriționale (ex. diabet complicat), digestive, toxiinfecții majore ca și psihoze, psihopatii în perioada de decompensare, oligofrenii II și III, involuții senile, azoospermie, criptogenie etc.

TDS feminine (individuale sau, mai frecvent, de cuplu) relevă într-o proporție mai redusă (față de cazurile masculine) o utilitate reală a terapiei apicole și/sau psihoterapeutice în cazurile predominant funcțional-psihogene și mai redusă în situația unei intricări somatice. Bineînțeles că efectele pozitive asupra sexualității unuia dintre partenerii de cuplu se răsfrâng favorabil și asupra celuilalt partener.

Notăm, în cadrul unei evaluări globale de 40-45% vindecări sau îmbunătățiri persistente individuale feminine, efecte pozitive ale tandemului apiterapie mixtă + psihoterapie în 38-42% din cazurile de carență de libidou și receptivitate erotică locală genitală, în 35-38% din cazurile de frigiditate cu deficiențe endocrine minore și 46% în disorgasmii.

Tratamentul de cuplu și rezultatele pozitive obținute prin terapia paralelă a partenerilor masculini ridică procentul de vindecări sau ameliorări ale TDS feminine la aproximativ 55-60% din cazuri.

CONCLUZII

Apreciem față de incidența sporită cazuistică a patologiei sexuale și răsunetul său negativ complex biopsihological asupra individului, cuplului și urmașilor, că intervenția terapeutică prin produse apicole medicamentoase, în asociere cu psihoterapia și nu rareori și cu medicația clasică, este deosebit de utilă, fiind indispensabile cu diversificarea și aprofundarea efectiv științifică a studiilor apiterapice și în acest domeniu disciplinar clinic, aplicând în fiecare caz clinic în parte o metodologie exploratorie distinctă, elucidând obiectiv etiopatogenia cazului, cu stabilirea și desfășurarea dispensarizată, în echipă interdisciplinară (medic sexolog – psiholog medical), a unei scheme terapice adecvate.

BIBLIOGRAFIE

1. ABRAHAM G. – La problème de la frigidit , G neve, 1972
2. ABRAHAM G. – Les troubles de l' jaculation, G neve, 1972
3. CAILLAS A. – Polenul, București, 1975
4. DRUGEANU C. – Apiterapia în tulburările rela ionale de cuplu. *Apicultura  n România*, 3/1989
5. DRUGEANU C. – Dispareunia, Com.Soc.Sexologie, 1982
6. DRUGEANU C. – Explorarea  i valorificarea capacității terapeutice a produselor apicole  n TDS, Comunicat ICDA, Bucure ti, februarie 1986
7. DRUGEANU C. – Insuficien a sexual  coeundi, Com.Sexologie, 1978
8. DRUGEANU C. – Medicina sexotrop  cu aplica ie local , Com.Cerc.Sexologie, 1985
9. DRUGEANU C. – Metodologia explor rii clinico-paraclinice  n patologia sexual , Conferin a Na ional  de Apiterapie, Sofia, 1989
10. DRUGEANU C. – Observa ii clinice  i terapeutice de ambulator privind ejacularea precoce, Com.Soc.Sexologie, 1985
11. DRUGEANU C. – Patologia fantasmului erotic. Com.Soc.Sexologie, 1982
12. DRUGEANU C. – Patologia libidoului feminin, Com.Soc.Sexologie, 1985
13. DRUGEANU C. – Rezultatele ob t nute  n tratamentul cu Apilarnil potent al tulbur rilor de dinamic  sexual  masculin , *Apicultura  n Rom nia*, 10/1989
14. FARLOW W. – Human Sexuality, 1985
15. HARTMAN W.E.  i col. – Treatment of sexual disfunction, Long Beach, 1972
16. HAYNAL A. – Impuissances masculines, G neve, 1974
17. ILIEȘIU N.V. – Apilarnilul, Editura Apimondia, București, 1991
18. IONESCU G. – Psihoterapie, Editura  tiin ific , București, 1990
19. MASTERS W.H., Virginia JOHNSON – Les réactions sexuelles, Paris, 1968
20. MILCU St.M., A. DĂNILĂ-MUSTER – Endocrinologie ginecologică, București, 1968
21. MILCU St.M., M. M IC NESCU GEORGESCU – Andrologie clinică, București, 1970
22. de SENARCHENS M. – Le vaginisme, G neve, 1972
23. STOICA T. – Sexologie, București, 1972
24. x x x - Apiterapia azi, Editura Apimondia, București, 1989
25. x x x - Fantasmul erotic cu rol incitant sau inhibant, constituie o crea ie psihogenă cu conținut erotic, imaginativă sau prin destocarea mnesic  a experienței sexuale acumulate

APITERAPIA ÎN PATOLOGIA ORALĂ

Dr. Traian GÂDOIU

Multe afecțiuni ce se regăsesc în patologia orală beneficiază de apiterapie sau o terapie asociată. Toate structurile aparatului dento-maxilar (mucoasă bucală, parodontiu marginal, os maxilar, dinte), pot suferi leziuni de diferite tipuri și grade care răspund pozitiv la medicația apiterapică.

Pe aceste structuri și mai ales pe epiteliul bucal, pot apărea semne ale unor maladii foarte grave: sifilis, tuberculoză, SIDA, boli infecțioase, anemii diverse, tumori benigne și maligne, stomatologul trebuind numai să le recunoască.

Terapia lor aparține, desigur, altor specialități. Înainte de a face o prezentare mai sistematizată, aș vrea să mă refer la unele probleme.

Apiterapia ca segment de medicină naturistă, are proba timpului, date privind folosirea ei, se cunosc de cel puțin două mii de ani. Ultimele trei decenii, atât în școala românească, cât și mondială, au fost hotărâtoare atât în ce privește cunoașterea structurii chimice, a acțiunii farmacodinamice, precum și a aplicabilității clinice, a acestor produse.

În România, în urmă cu aproximativ trei decenii, două centre de cercetare au arătat interes pentru folosirea produselor stupului în terapia afecțiunilor buco-dentare: Facultatea de stomatologie din București și în special Valerian POPESCU, M. GAFFAR, Horia DUMITRU (actualul profesor de parodontologie), MAFTEI, Olga BOBOC, Alexandrina MÂNDRU, etc. Concomitent la Centrul medical de apiterapie din București Traian GÂDOIU, Elena PALOȘ, Filofteia POPESCU, Rodica BABI, BOANCHIȘ, N. LUCA au demarat cercetări experimentale pe loturi de animale, cercetări pe loturi clinice umane și au propus formule pentru prepararea multor medicamente de uz stomatologic.

Majoritatea cercetătorilor noștri au optat pentru studierea propolisului în mod preponderent.

DIRECȚII DE CERCETARE

1. Patologia și apiterapia mucoasei orale

Epiteliul bucal intră permanent în contact cu factori de mediu diverși (alimente, medicamente, traumatisme întâmplătoare sau provocate, unele chiar în scop terapeutic, arsuri termice, chimice și radice, agenți microbieni, virusuri, fungi etc.). Deși atât de expusă mucoasa bucală răspunde echilibrat la agresiune.

Structura sa histo-enzimatică diferențiată zonal, factorii de apărare ca saliva prin rolul său fizic de spălare, cât mai ales prin sistemele imunologice sau sistemele tampon, reprezintă o barieră importantă de protecție.

Din multitudinea de afecțiuni ale mucoasei bucale voi alege, folosind clasificarea etiologică¹⁸, doar pe acelea care beneficiază de apiterapie, în mod mai pronunțat.

2. Leziuni traumatice ale mucoasei bucale

În raport de natura sau brutalitatea agentului producător, acestea sunt exulcerații sau ulcerații ale epiteliului bucal de întinderi variate situate de obicei pe marginile limbii sau mucoasa jugală. Ele sunt provocate mai ales de dinți malpoziționați, mușcături ale mucoasei, derapări de instrumentar, lucrări protetice defectuoase sau accidentale.

Acest tip de leziuni sunt de obicei foarte dureroase. Tratamentul apiterapic mai ales pe bază de propolis se bazează pe proprietățile dovedite clinic și experimental ale acestuia. Acțiunea analgezică a propolisului (după Cristina MATEESCU) se pare că se datorește influenței de stopare a prostaglandinelor ce apar în plăgi de către flavonoizi (se inhibă în fond acțiunea enzimei prostaglandin-ciclooxygenaza).

Prin proprietățile sale antiinflamatorii, antimicrobiene, cicatrizante și de epitelizare, plăgile acoperite cu preparat pe bază de propolis se vindecă într-o perioadă foarte scurtă.

Prin experimente pe animale sau observate la om, arsurile termice sau chimice pe suprafețe mai mici se cicatrizează mult mai rapid prin acoperirea cu colutorii pe bază de propolis, comparativ cu alte colutorii uzuale.

În cazuistica noastră rezultatele cele mai bune s-au obținut prin tratarea acestor tipuri de plăgi cu un colutoriu pe bază de extract moale de collagen liofilizat (evitând alcoolul ca solvent). Colutorii în care propolisul a fost între 5-10%, au fost cele mai eficiente.

Rezultate deosebite am obținut și în tratarea unor plăgi cutanate, mai profunde la mai multe loturi de animale⁹.

3. Gingivo-stomatita ulcero-necrotică

Această afecțiune ridică, de foarte multe ori, probleme dificile de diagnostic datorită evoluției sale spre zone întinse de mucoasă orală, profunzimii ulcerațiilor, ce merg până la necroză și alterarea stării generale.

Maladia, preponderentă la tineri, are în etiologia ei factori generali (stresul), care după MOUPUR și BELL, declanșează o descărcare de catecholamine ce duce la ischemie locală ce se asociază cu o diminuare a mecanismelor de apărare.

Subnutriția, avitaminoza (ca o consecință a acesteia), se înscriu în producerea afecțiunii. De luat în considerare sunt factorii și maladiile care duc la depresie imunitară. Factorii locali: traumatici, lipsa de igienă locală, fumatul, cresc starea de infecțiozitate locală (fumatul în viziunea lui COHEN, COLE, FOLKER și colab. constituie un factor favorizant important).

Elementele preponderente ale afecțiunii: ulcerațiile, infecțiozitatea locală crescută, durerea, ne-au determinat să recurgem la un tratament asociativ (propolis plus un antibiotic în aplicație locală și în cazuri deosebite, cu alterarea stării generale a unui tratament general pe bază de antibiotice cu asociere de propolis și polen).

Pe loturi clinice mici (dat fiind numărul relativ redus de cazuri) am constatat rezultate deosebite, comparativ cu tratamentele convenționale cunoscute prin aplicarea unei terapii asociative (alopat-naturist).

Local, am aplicat colutorii pe bază de propolis, neomicină sau metronidazol, glicerină boraxată. Am asociat per oral, preparate de propolis și polen. În cazuri extreme s-a recurs la antibioterapie.

Proprietățile antibacteriene, antialgice, cicatrizante ale propolisului sunt deosebit de benefice în această afecțiune.

4. Gingivo-stomatita odontiazică

Este o formă de gingivită ulcero-necrotică ce continuă, dar nu în mod obligatoriu o pericoronarită congestivă sau supurată a molarilor de minte.

Infecția are un rol preponderent uneori, starea generală este afectată (febră, curbatură, apatie); adenopatia regională poate fi asociată.

Tratamentul local, de cele mai multe ori, este suficient. Noi aplicăm, în special, un tratament local asociativ (propolis 10%, neomicină sau metronidazol, glicerină boraxată). În farmacia Apifarm din București se poate găsi preparatul Parodontovit cu metronidazol. Se fac badijonări locale cu acest produs, după ce, în prealabil, s-au făcut spălături bucale cu apă oxigenată, băi bucale cu soluții biocarbonatate.

În cazuri rare cu adenopatii regionale asociate cu alterarea stării generale se poate introduce o terapie cu antibiotice plus comprimate pe bază de propolis care păstrează o acțiune mai îndelungată cu cavitatea orală, prin sugerea acestora (comprimatele de propolis contribuie atât la combaterea infecției locale, cât și la prevenirea apariției micozelor bucale).

5. Micozele cavității orale

Recent o comunicare a V. BENEĂ, Elisabeta BENEĂ, Mircea ANGELESCU¹ mi-a reținut atenția. Autorii citau o statistică din SUA în care se preciza că, acest tip de infecție a atins locul 7 în cauzele de deces, prin boli infecțioase. Visceralizarea și septicemiile cu fungi s-au extins alarmant.

Cauzele care generează acest tip de infecție sunt multiple:

- poluarea excesivă a mediului;
- folosirea pe scară largă și uneori intempestivă a antibioticelor;
- factori ce produc imunodepresie (corticoterapie, imunosupresoare);
- contraceptive orale;
- chimio și radioterapie;
- boli endocrine (diabet, boala Addison);
- boli cașectizante, malnutriția, fumatul.

În apariția micozelor bucale un rol important îl au și o serie de factori locali ca: xerostomie, igienă bucală defectuoasă, proteze dentare vechi prost adaptate, leziuni cronice de mucoasă, scăderea pH-ului local, etc.

Trebuie menționat că un rol extrem de important îl joacă rezistența fungilor la medicamente antimicotice. În cavitatea bucală forma cea mai des întâlnită este

candidoza, produsă mai ales de *Candida albicans*. Se pot întâlni, mai rar, și forme produse de alți fungi: *Candida tropicalis*, *Glorota kmisci*, etc.

Formele clinice de candidoză bucală sunt localizate:

- pseudomembranoasă (mucoasă roșie cu depozite alb-gălbui);
- forme atrofice;
- glosite, mai ales după antibioterapie (limbă congestionată, depapilată zonal);
- cheilite, mai ales cheilita angulară, etc.

Pot apărea și forme cronice de candidoze bucale cu leziuni atrofice, hiperplazice și cu depozite alb-gălbui multiple. Pot exista și forme generalizate care interesează atât pielea, cât și mucoasa bucală.

Conduită de diagnostic și tratament

Creșterea incidenței și a gravității infecțiilor cu fungi, precum și faptul că rezistența fungilor la medicația specifică devine o problemă, adăugând și toxicitatea medicației antifungice, se impun două soluții:

- una legată de diagnostic, care trebuie să fie foarte riguros, mergând de la examenul clinic până la cel de laborator (bacteriologic, serologic, imagistic, etc.);
- a doua ținând de o terapie asociativă, monitorizată multă vreme.

Terapia asociativă trebuie să cuprindă medicamente de sinteză la care să se adauge și medicația naturistă. Folosirea propolisului în schema de tratament se bazează pe proprietățile lui antibacteriene și antifungice.

Cristina MATEESCU, cu experiența proprie și citând cercetători ca CEPRAGA și DAVEY, BRUMGT și colab. consideră că acțiunea antiinfecțioasă și antifungică a propolisului ține, în foarte mare măsură, de flavonoidul galangină, care acționează sinergic cu esterul fenetic al acidului cofeic (CAPE), inhibând RNA-polimeraza bacteriană.

În cazuistica noastră, pe o perioadă îndelungată (peste un deceniu), am urmărit și tratat forme diverse de candidoză bucală, mai ales forme acute. Aș menționa formele pseudo-membranoase, forme atrofice, cheilite angulare, glosite, în special, după antibioterapie etc. (detalii vor apărea într-o lucrare viitoare, privind apiterapia în patologia orală și radiopatologia orală).

Diagnosticul s-a pus întotdeauna pe date clinice și bacteriologice. Tratamentul ales de noi ca cel mai eficace, cu perioade scurte de vindecare și cu remisii rare sau zero, a fost cel mixt (alopat+apiterapic). Tratamentul singular apiterapic, nu ne-a dat cele mai bune rezultate. Schematic prezentat el a constat din: tratament local, prin badijonarea cu un colutoriu pe bază de nistatin și propolis, Propostanin. Aplicațiile se făceau prin badijonare a mucoasei bucale și linguale după o prealabilă alcalinizare a mediului bucal cu soluții bicarbonatate.

La circa jumătate de oră se sugeau câte un comprimat de stamicină și un comprimat de propolis. Ambele terapii se făceau de 3-4 ori pe zi. Durata tratamentului a fost în funcție de evoluția clinică și datele de laborator (examen micologic).

Recurgerea la medicamente mai dure ca: Fungistone, Clotrimazol, Nizoral etc. a fost extrem de rară. Formele grave, generalizate, cu deficit imun sau produse de disfuncții endocrine importante, au fost îndrumate spre clinici

specializate. În această privință aș vrea să rog specialiștii, mai ales din clinicile de dermatologie, care se ocupă, în mod deosebit, și de aspectele micologice, să încerce și mai ales să comunice rezultatele obținute prin asocierea medicamentelor de sinteză cu preparatele pe bază de propolis.

Gânduri la sfârșit de capitol

Suntem din ce în ce mai agresați de factorii de mediu. Mi se pare corect, ca noi medicii, să nu adâncim agresiunea prin mijloacele terapeutice. Ar fi o gravă eroare să încercăm să înlăturăm ceea ce, pe cale de cercetare, au adus prin terapia de sinteză.

Terapia asociativă se impune din ce în ce mai pregnant. O formă de asociere alopatic-naturistă, bine înțeles, numai în cazurile corect diagnosticate și îndelung experimentate, devine necesară.

6. Apiterapia leziunilor induse de radiații ionizante, la nivelul structurilor donto-maxilare

Aceste structuri pot suferi radioleziuni în situații diverse (iradieri terapeutice ale regiunii buco-maxilo-faciale; în cazuri accidentale; s-a constatat și o reținere crescută de izotopi radioactivi, mai ales în mucoasa orală și limbă cu ocazia diferitelor scintigrafii craniene).

Trebuie luate în considerație și radiațiile secundare produse de interacțiunea dintre fluxul radiant cu ionii de calciu și fosfor din oasele maxilare, lucrări metalice protetice, obturații dentare etc. (OELANNER RECAMIÉR).

Leziunile se produc atât printr-o acțiune directă (asupra membranelor celulare și elementelor vasculare cât și asupra organitelor citoplasmice, în special mitocondrii, nucleul celular), cât și printr-o acțiune indirectă provocată de radicalii liberi de tip OH, H₂, H₂O₂, etc. rezultați din radioliza apei din mediile biologice.

Câteva precizări sunt necesare și anume:

- aparatul buco-dentar, dat fiind situarea sa la extremitatea cefalică, este foarte radiosensibil;
- epiteliul oral și glandele salivare principale și accesorii sunt printre cele mai radiosensibile, urmând după limfocite (BERGOMER, KOSHIMA).

7. Forme anatomo-clinice de radioleziuni buco-dentare

- radiostomatite: hiperemică – de tip aftos, descuamativă, formă buloasă, ulcero-necrotică, hemoragică;
- leziuni dentare în principal ale pulpei dentare ce merg până la gangrenă pulpară;
- leziuni parodontale;
- leziuni osoase: osteite și radio-osteomielite;
- leziuni musculare;
- leziuni ale filetelor nervoase ce sunt responsabile de durerile uneori violente din zonă;
- leziuni ale glandelor salivare responsabile de scăderea fluxului salivar.

Cercetările noastre au demonstrat clinic și mai ales histopatologic și histoenzimologic¹³ importanța lezării elementului vascular și enzimatic. Apariția radicalilor liberi menționați, precum și distrugerea unor enzime importante în procesul antioxidant: catalaza și glutation-peroxidaza, sunt în cea mai mare măsură responsabile de apariția radioleziunilor¹³.

Creșterea infecțiozității mediului bucal agravează tabloul clinic local și starea generală. Câteva imagini vor demonstra mai bine cele expuse (imaginile sunt luate din iconografia tezei de doctorat a subsemnatului⁸ cât și din comunicările și publicațiile personale).

Gânduri la sfârșit de capitol

Dezvoltarea societății umane crează și un important risc de iradiere. Acțiunea radiațiilor ionizante poate fi totală sau parțială, internă sau externă.

Folosirea industrială (în special centralele atomo-electrice), folosirea cu scop medical de investigație sau terapeutic, folosirea cu scop militar, poluarea mediului cu scăderea stratului protector de ozon și creșterea consecutivă a radiației cosmice, etc., creează cauze permanente de influențare distructivă a organismelor vegetale și animale.

Aparatul dento-maxilar suferă la fel ca și alte aparate și chiar în plus, leziuni și disfuncționări ale structurilor sale, fie printr-o acțiune directă asupra membranelor celulare subcelulare vasculare, sistemelor enzimatice sau printr-o acțiune indirectă, provocată de radioliza apei din mediile biologice, cu producerea de peroxizi.

Doza de iradiere, timpul de iradiere și reactivitatea generală a fiecărui organism determină gravitatea leziunilor. Radiațiile ionizante intră în categoria „noxele fără prag” (doze mici, cumulate în timp, produc efecte carcinogenetice).

Din experiența noastră, în special pe loturi de animale iradiate, apiterapia se poate înscrie cu succes, în schema de terapie generală și locală a leziunilor produse la nivelul aparatului dento-maxilar. Desigur, modificări morfo-funcționale atât de importante influențează și starea generală a subiecților, apărând semne clinice și de laborator importante: scăderea apetitului, somnolență sau agitație, vomismente, diaree, creșteri de temperatură, scăderi ale eritrocitelor și trombocitelor, anemii, hemoragii etc.

Tabloul clinic complex se poate modifica în mod substanțial prin apariția infecției, urmare a scăderii imunității organismelor. Ar fi absurd, total neștiințific, să afirmăm că asemenea dezechilibre se pot rezolva numai cu ajutorul apiterapiei.

Apiterapia, în concepția noastră, bazată atât pe experiment pe loturi de animale, cât și pe unele cazuri umane (leziuni buco-maxilo-faciale apărute după cobaltoterapie în cazuri de tumori maligne ale zonei), poate să completeze, în mod deosebit, medicația specifică, ajutând la grăbirea procesului de cicatrizare, scăderea infecțiozității, creșterea procesului imunitar, creșterea numărului de eritrocite și trombocite, reducerea hemoragiilor, etc.

Pentru leziuni de mucoasă orală atât ulcerative, cât și hemoragice am folosit colutoriu pe bază de propolis și collagen liofilizat. Pentru leziuni osoase: osteite sau ostomielite radice, am folosit paste de os heterolog cu adaosuri de

colagen liofilizat și propolis^{14, 15}. S-a folosit și un tratament general cu propolis și polen, administrat per os, pentru combaterea în special a hemoragiilor, anemiilor, tulburărilor digestive și hemoragiilor, crescând în același timp și imunitatea organismelor.

Propolisul ajută, prin formarea de pelicule biologice pe suprafața plăgilor cât și prin proprietatea sa anestezică, la calmarea durerilor și la reducerea spasmelor vasculare, la îmbunătățirea membranelor vasculare, cu scăderea hemoragiilor.

Prin proprietățile sale de antioxidare și antibacteriene se reduce infecțiozitatea plăgilor făcându-se posibilă o cicatrizare mai rapidă. Polenul administrat per os ajută la ameliorarea simptomelor digestive, precum și la echilibrarea numărului de eritrocite și trombocite, la ameliorarea anemiilor ce apar postiradiere.

Scăzând infecțiozitatea și îmbunătățindu-se patul vascular, perioada de formare a calusului în procesele de radionecroză osoasă, este mai rapidă. În osteoradiomielitele observate delimitarea sechestrelor osoase este mai rapidă, la fel ca și formarea calusului osos.

Astfel, apiterapia este un adjuvant prețios în toate categoriile de radioleziuni.

8. Hiperestezia și hipersensibilitatea dentinară

Afecțiune dentară foarte incomodă prin durerile apărute și care este influențată în mod deosebit cu ajutorul preparatelor de propolis¹⁶.

Dentina conferă pulpei dentare o protecție insuficientă față de noxele fizice, termice, chimice, datorită existenței, în structura ei, a canaliculelor dentinare care conțin prelungirile protoplasmice ale odontoblaștilor.

Pe calea acestor canalicule pulpa dentară este ofensată în plus și de pătrunderea agenților bacterieni, care complică tabloul clinic. Cercetări cu microscopul electrono-optic au pus în evidență existența unui plex nervos periodontoblastic, ale cărui filete pătrund în canaliculele dentare, explicând alături de prezența prelungirilor Tomes marea sensibilitate a dentinei la agenții sus amintiți.

Modificările locale apar ca rezultat al acțiunii unor factori care dereglează metabolismul fibrelor nervoase intracaniculare sau se datoresc pierderii integrității dintelui ca urmare a unor acte terapeutice [pregătirea bonturilor dentare, pregătirea cavităților după procese cariogene sau prin procese patologice (caria dentară și paradontopatiile)].

Plaga dentinară este o plagă nesângerândă cu posibilități reduse de apărare, expusă direct acțiunii factorilor iritativi locali ai mediului bucal și germenilor microbieni.

În literatura de specialitate, de-a lungul timpului, s-au căutat mijloace de tratament care să conducă la înlăturarea factorilor nocivi, vindecarea plăgii dentare și înlăturarea urmărilor apărute, mai ales durerea. Materialele folosite în această terapie trebuie să îndeplinească o serie de condiții: să nu constituie o sursă suplimentară de iritație pulpară, al fibrelor Tomes și terminațiunilor nervoase

intercanaliculare, să obstrueze canaliculele dentare deschise prin actul terapeutic sau patologic, să aibă o acțiune antibacteriană, să nu fie neutralizat de mediul bucal, să stimuleze procesele de neodentinogeneză, să nu ducă la colorarea dinților.

În cercetarea noastră am experimentat mai multe preparate și în special Tresiolanul ca preparat martor. Ținând seama de acțiunile farmacologice importante ale propolisului – acțiunea antiinflamatorie, acțiunea antibacteriană anestezică, acțiunea de echilibrare a permeabilității basculare, acțiunea de stimulare a proceselor de imunitate celulară locală, noi am folosit, ca preparat de bază, propolisul după formula:

extract de propolis	5%
DMSO (dimetilsulfoxid)	2%
apă	
propilenglicol ad.	100

Au fost selectate 6 loturi clinice a câte 25 de pacienți, de ambele sexe și vârste diferite, la care s-au efectuat șlefuiuri dentare în scop terapeutic sau au prezentat hiperplazii dentinare de colet prin retracții gingivale. Loturile au fost egale.

La loturile martor s-au aplicat badijonări dentare cu Tresiolan. La loturile speciale s-au aplicat badijonări cu preparatele de propolis menționate. Rezultatele sunt redată în tabelul următor:

Distribuția efectelor obținute după badijonare cu preparate desensibilizante

Denumi- rea prepara- tului	Sensibilitate dureroasă abolită				Sensibilitate dureroasă diminuată				Sensibilitate dureroasă păstrată				Total	
	Dinte șlefuit		Retracție gingivală		Dinte șlefuit		Retracție gingivală		Dinte șlefuit		Retracție gingivală			
	Nr. pac.	Nr. bont.	Nr. pac.	Nr. bont.	Nr. pac.	Nr. bont.	Nr. pac.	Nr. bont.	Nr. pac.	Nr. bont.	Nr. pac.	Nr. bont.	Nr. pac.	Nr. bont.
Propolis	41	107	44	135	7	19	3	22	2	7	3	8	100	298
Tresiolan	17	42	18	36	5	20	6	33	3	5	1	4	50	138

Rezultatele au fost urmărite clinic (prin control periodic) observându-se o scădere sau abolire a sensibilității dentinare în mod deosebit după aplicarea preparatelor cu propolis.

Testele electrice de control efectuate la 3 luni după terminarea tratamentului au arătat un procent scăzut (3%) de modificări pulpare la dinții tratați cu propolis.

Cupele histologice dentare efectuate pe dinți la animalele de experiență (șlefuiuri dentare protejate, lacul de propolis) au un aspect aproape normal al stratului de odontoblaști și predentină cu o hiperemie moderată în țesutul conjunctiv pulpar.

De ce optăm pentru preparatele de propolis?

- canaliculele dentare sunt blocate pe o perioadă îndelungată de formațiuni solide, provenite probabil din precipitarea balsamurilor din propolis, care le izolează de acțiunea factorilor nocivi externi;
- modificări favorabile asupra permeabilității vasculare din țesutul conjunctiv pulpar, produse de flavonele și flavonozii din propolis;
- lacul cu propolis nu duce la colorări nefizionomice ale dinților.

9. Apiterapia aftelor cronice recidivante, banale

Această afecțiune a cavității orale este încadrată în categoria stomatitelor veziculoase. Veziculele apar pe fondul unei hiperemii a mucoasei bucale, fiind, în general, foarte dureroase. După M. GAFFAR și colab.⁵, zonele de elecție sunt:

- mucoasa vestibulo-jugală;
- marginile și frenul limbii.

Aceste leziuni pot apărea mai rar pe mucoasa faringelui, laringelui, esofagului, mucoasa genitală. Ritmicitatea afecțiunii, lipsa de febră și de adenopatii loco-regionale o diferențiază de alte afecțiuni veziculoase ale mucoasei bucale (M. GAFFAR).

Etiologia ei este aproape necunoscută fiind implicați unii factori mai importanți:

- factori imunologici; s-au pus în evidență autoanticorpi dirijați împotriva stratului spinos. Testul de inhibiție a migrării limfocitare a fost pozitiv la pacienții cu acest tip de afecțiune. În fazele timpurii ale afecțiunii au fost observate, în corion, infiltrații focale cu celule T (helper)¹⁸. După același autor, imunitatea umorală ar juca un rol, anumite complexe imune circulante se fixează pe endoteliul vascular acționând fracțiuni ale complementului. Leziunile vasculare sunt continuate de microtromboze, ischemie și necroza epitelului supraiacent (vasculită mediată prin complexe imune).

Au mai fost incriminați:

- factori microbieni
- virusuri
- factori alergici (anumite alimente ca: alune, brânzeturi, ciocolata, miere, fragi etc.

Formele clinice:

- afte minore, formă clinică frecventă, caracterizată prin apariția a 4-8 afte, dureroase cu o durată de 7-10 zile;
- afte majore (maladia Sutton), apar predominant cu aspect de ulceratii cu o suprafață de peste 1 cm diametru. Au aspect crateriform, neregulat și margini reliefate, cu fundul acoperit de depozite de fibrină alb-gălbuie sau cenușiu. Sunt foarte dureroase;
- afte herpetiforme.

Terapia de sinteză folosește corticoizi de tip triamcinolon, hidroclorid etc., fie în pastile de supt, adevărate de mucoasă, colutorii sau băi de gură.

La acest tip de colutorii se pot asocia antibiotice, antimicotice și analgetice sau anestezice. Ca tratament local se mai folosesc causticele (nitrat de argint soluție 20%, acid tricloracetic soluție 10-15%).

Tratamentul general pe bază de antibiotice, corticoterapie, imunoterapie, este rezervat formelor grave, acute, de aftoză bucală¹⁸.

M. GAFFAR și colab. citează rezultatele stabile și importante⁴ prin aplicarea locală de preparate pe bază de propolis (extract alcoolic, extract fluid și moale de propolis).

Centrul nostru de apiterapie a folosit, cu mult succes, colutorii pe bază de propolis și collagen liofilizat, după prealabile băi de gură cu soluții bicarbonatate.

Colutorii cu propolis și collagen, favorizează crearea de pelicule protectoare pe suprafața ulcerăției, suprimă durerea și spasmul vascular, favorizând cicatrizarea leziunilor.

Rolul de antibiotic antimicotic, modulator de imunitate, antiviral al propolisului influențează factorii etiologici, conducând la scurtarea evoluției aftelor cronice banale recidivante și, în foarte multe cazuri, la înlăturarea recidivelor.

În forme prelungite (peste 8 zile) sau pe zone mai extinse, se recomandă și sugerea a 3-4 comprimate de propolis pe zi. Putem afirma susținut că, în hiperestezia și hipersensibilitatea dentinară, preparatele pe bază de propolis au efect rapid și foarte stabil.

La încheiere de capitol

Într-o lucrare ce va urma, toate aspectele discutate vor fi adâncite, vor fi abordate și alte aspecte de patologie orală care beneficiază de apiterapie: parodontitele marginale acute și cronice, osteitele alveolare post extracționale, unele manifestări orale în infecțiile cu HIV, precum și manifestări orale în boli sistemice (anemii, autoimune).

BIBLIOGRAFIE

1. BENEĂ V., Elisabeta BENEĂ, M. ANGELESCU – Viața medicală, februarie 2003
2. Silvia DUMITRIU, H. DUMITRU – Etiologia microbiană în parodontitele marginale cronice. Editura Gema, 2001
3. GAFFAR M., H. DUMITRU, Lucreția GUSTI, T. GÂDOIU, Elena PALOȘ – Medicament pentru tratarea parodontopatiilor. Brevet nr.80364, 1980
4. GAFFAR M., Lucreția GUSTI, H. DUMITRIU, V. LEONDER, Elena SMINCHISE – Propolis, ediția a III-a, Editura Apimondia, pag.168
5. GAFFAR M., Alexandra SĂCĂLUȘ-MÂNDRU – Tratamentul aftelor banale cronice recidivante cu propolis. Cercetări noi în apiterapie, Editura Apimondia, pag.219
6. GÂDOIU T., R. OLINESCU, Stela NIȚA, T. SAFTA – The relationship catalase-glutase peroxydase in the appearance of irradiation-induced lesions in the oral cavity. *Revista roumaine biochem.*, 1974. Tom 11, n. 3
7. GÂDOIU T. – Teză de doctorat – IMF, 1975. Comunic. U.S.S.M. morfo-patologie
8. GÂDOIU T., R. OLINESCU, M. MUNȚIU – Mecanisme enzimatice implicate în apariția leziunilor ulcerative ale mucoasei bucale, produse în cursul iradierilor externe cu Co-60. *Revista de stomatologie*, 1974-1975, 377-382
9. GÂDOIU T., Rodica BABI, Elena PALOȘ, N. BOANCHIȘ – Cercetări experimentale privind apiterapia plăgilor. Cercetări noi în apiterapie, Editura Apimondia, 1976
10. GÂDOIU T., T. SAFTA, Rodica BABI, Elena PALOȘ, I. BOANCHIȘ – Cercetări experimentale privind apiterapia plăgilor. Simpozion internațional de apiterapie, București, 1976
11. GÂDOIU T., Elena PALOȘ, G. PAMBUCCIAN – Les possibilités d'influencer la périodontite grâce aux préparations apithérapeutiques. III-ème Symposion International d'Apithérapie, Portoroz, 1978
12. GÂDOIU T., Elena PALOȘ, Rodica BABI, I. BOANCHIȘ – Produs biologic cu destinație stomatologică și procedeu de obținere a acestuia. Brevet nr. 70013, 1978

13. GÂDOIU T., Vasilica VULCAN, A. EPURESCU, G. PAMBUCCIAN – Studiu anatomo-clinic al leziunilor orale induse de radiații ionizante, 1979
14. GÂDOIU T., T. SAFTA, G. PAMBUCCIAN, Elena PALOȘ, Maria ȘERBĂNESCU, Liliana DOSIUS, N. BLAJA – Os et propolis. Apiterapia, 1981, p. 57
15. GÂDOIU T., Elena PALOȘ, Filofteia POPESCU – Produs medicamentos pentru regenerare osoasă. Brevet nr.89150, 1984
16. GÂDOIU T., Elena PALOȘ, Filofteia POPESCU – Scăderea hiperesteziei și hipersensibilității dentinare după aplicarea unui preparat pe bază de propolis – I.C.D.A., sector apiterapie, 1987-1988
17. HUYNH C., L. MEYER – Maladies parodontales et traitement médicamenteux antibactériens. Actualités odonto-stomatologiques, 1990
18. TOVARU S. - Patologie Medicală Stomatologică. Editura Gema, 1999

APITERAPIA ÎN AFECȚIUNILE TRACTULUI DIGESTIV

Dr. Mircea IALOMIȚEANU*

Multiplele lucrări realizate în colaborare și publicate sau comunicate (V. DAGHIE, Nadia NICOLAU, M. RĂDULESCU, G. VASERMAN, C. HRISTEA) cuprind rezultatele cercetărilor experimentale și clinice efectuate într-o perioadă îndelungată de timp și se referă la unele aspecte de patologie cu largă răspândire în clinica umană. Pe lângă entitățile gnoseologice inserate în mod susținut în activitatea sa clinică, preocupările dr. M. IALOMIȚEANU prezintă caracteristica concepției actuale în gândirea medico-biologică și anume viziunea integralistă interdisciplinară a fenomenelor bio-medicale.

De aceea vom prezenta zonele patologiei care au intrat în preocuparea sa de cercetare, cum ar fi cele privind afecțiunile tractului digestiv, în complexitatea sa fiziopatologică, remarcând totodată și aspectul specific gândirii sale apiterapeutice, acela de utilizare a mai multor produse ale stupului, care ar oferi, prin compoziția lor, „eficiență” majoră din punct de vedere farmacologic.

Multiplele studii clinice și experimentale^{3,4,10,9,11,12} au demonstrat efectele favorabile ale polenului recoltat de albine în hepatitele cronice și anemiile hipocrome.

Rezultatele obținute pe animale de laborator au arătat că aceste produse acționează prin aminoacizii liberi și fitohormonii pe care le conțin, fie direct, echilibrând „pool-ul” plasmatic, fie prin calea axului hipofizo-suprarenal¹³. Aceste efecte biologice favorabile se reflectă, de asemenea, prin creșterea ATP plasmatic¹ implicând și modificarea raportului ATP/ADP/AMP. Alte studii au arătat că în ceea ce privește conținutul în factori naturali activi acesta este de trei ori mai mare în păstură decât în polenul granule^{10,11}.

Producția de păstură este slabă, conservabilitatea foarte scurtă și prețul ridicat, ca urmare, utilizarea sa ca materie primă în diferitele preparate dietetice și terapeutice este limitată. De aceea s-a elaborat un procedeu original de producere a unui extract total de polen².

Rezultatele experimentelor efectuate au dovedit acțiunea biostimulatoare a polenului recoltat de albine asupra substratului energetic fundamental prin intermediul axului hipofizo-cortico-suprarenal. Se explică astfel și normalizarea arhitecturii hepatice la șobolanii cu hepatită cronică carentială.

Studiile clinice efectuate pe 160 de bolnavi cu hepatită cronică evolutivă (bărbați și femei între 7 și 70 de ani) au arătat după 73±3 zile de tratament cu polen o reechilibrare plasmatică a proteinelor, prin creșterea albuminelor și

*Capitol redactat de coordonatorul lucrării după datele publicate de dr. M. IALOMIȚEANU, unul din membrii fondatori ai Centrului medical de apiterapie din România și a cărui memorie dăinuie profesional în apiterapia românească, prin pasiunea sa de a susține această zonă de terapie medicală naturistă. Coordonatorul monografiei consideră ca o datorie deontologică cunoașterea vastei sale experiențe.

scăderea globulinelor. Înainte de tratament valoarea raportului A/G a fost subunitară ($0,01 \pm 0,01$), pentru ca la sfârșitul tratamentului să devină supraunitară ($1,20 \pm 0,01$), diferența fiind semnificativă statistic⁵. Efectul benefic oferit de polen trebuie atribuit și conținutului său în aminoacizi esențiali, aceștia fiind la cantități egale de 5 ori mai bogat în izoleucină, leucină, metionină, treonină și de 6 ori mai bogat în lizină decât brânza, de exemplu. Dacă nu ar exista alte surse alimentare decât acizii aminați, polenul ar putea singur să furnizeze cantitatea minim necesară alimentației printr-o doză de 15 grame.

Diferența în conținutul de elemente sau factori importanți biochimic și implicit fiziologic dintre păstură și polen, menționată mai sus, a fost rezolvată de colectivul V. DAGHIE, Nadia NICOLAU și M. IALOMIȚEANU prin obținerea din polenul recoltat de albine a unui produs care, la un preț de cost ieftin, își mărește semnificativ biodisponibilitatea în factori activi (Brevet 75811/1980). S-a realizat un produs standardizat prin norme interne, cu perisabilitate mică, caractere organoleptice agreabile, ușor asimilabil, care poate servi ca bază unei game largi de noi preparate dietoterapice superioare.

Utilizarea produsului Apivitas, administrat în 30 g/zi în 3 doze egale, după mese, la 25 de bolnavi de hepatită cronică a cuprins în studiu pe lângă examenul clinic și pe cel de laborator (tab.1).

Tabelul 1

Variația probelor biochimice

Probe	înainte	după tratament	dif. %	semnific. statist.
TGP (u.i.)	$30,0 \pm 3$	$28,0 \pm 3$	-20	N
Timol (M.L.)	$10,0 \pm 0,7$	$8,0 \pm 0,4$	-20	sub 0,01
Gamaglobulină	$24,0 \pm 0,9$	$21,9 \pm 0,5$	-13	sub 0,01
Raport A/G	$0,89 \pm 0,05$	$1,06 \pm 0,06$	+19	0,02
VSH 1h	15 ± 3	12 ± 1	-20	N
VSH 2h	30 ± 2	25 ± 1	-17	0,03

S-au observat următorii indici biochimici: transaminaza (TGP), timol, gamaglobulinemia, raportul A/G, VSH, bilirubinemia.

Grupul a fost constituit din 12 bărbați și 13 femei (vârsta 13-75 de ani, cu media de 50 ± 3 ani). Tratamentul a fost efectuat sub supraveghere medicală și de laborator timp de 30 de zile. Criteriile de diagnostic de hepatită cronică au fost cele preconizate de De GUSTE și colaboratorii (Asociația europeană pentru studiul ficatului, MODENA, 1988).

Din punct de vedere clinic s-a putut observa o ameliorare a stadiului general, o oarecare revenire a apetitului, ameliorarea asteniei și o reducere a fenomenelor dispeptice, inclusiv meteorismul abdominal. S-a constatat, la palpare,

o anume reducere a dimensiunilor ficatului hipertrofiat, deși sensibilitatea la palpare s-a menținut.

Nu a fost semnalat nici un accident sau o reacție adversă, pacienții cerând continuarea tratamentului.

Bilirubinemia totală s-a menținut în limite normale înainte și după tratament. Scăderea cu 13% a gamaglobulinelor și creșterea cu 19% a raportului A/G confirmă acțiunea favorabilă a extractului total de polen asupra metabolismului proteic.

Și în alte cercetări (IALOMIȚEANU și colab. 1976)¹¹ s-a putut observa scăderea gamaglobulinelor de la 25 la 23% ca și creșterea raportului A/G de la 0,4 la 1,27 (peste 35%).

În cadrul altor cercetări pe un lot de 147 de bolnavi cu hepatită cronică s-au administrat 30 g de păstură/zi, timp de 30 de zile. Analiza rezultatelor clinic exprimate a atestat similitudinea dintre acțiunea păsturii și a extractului total de polen.

Din punct de vedere cantitativ, dacă rezultatele sunt foarte apropiate în cazul scăderii gamaglobulinelor (14, respectiv 13%), în cazul creșterii raportului A/G valorile sunt mult mai crescute la grupa care a primit extract total de polen (35, respectiv 29%). Totuși, valoarea medie a raportului A/G a fost de 0,89 la grupa tratată cu polen față de 0,94 la grupa tratată cu păstură. Mai mult, la grupa care a primit extract total de polen au fost forme mult mai grave de hepatită decât în grupa cu păstură.

Acțiunea favorabilă a extractului total de polen asupra metabolismului protidic explică scăderea cu aproximativ 20% a VSH, timolului ș.a. comparativ cu valorile inițiale. De aceea experiența obținută în aceste prime studii a constituit motivația continuării pe loturi mai mari de pacienți, concluziile practicii clinice apiterapice atestând posibilitățile pozitive ale noului produs în tratamentul hepatitelor cronice în primul rând¹⁴.

Alte studii clinice efectuate pe pacienți în etate care prezentau simptomatologia anemiei hipocrome, au demonstrat că după 90 de zile de tratament cu polen s-a obținut creșterea semnificativă a valorilor hematocritului și hemoglobinei⁹.

Influența anumitor produse asupra indicatorilor hematologici în gerontologia clinică⁹ a constituit, de asemenea, o preocupare susținută a grupului de cercetare IALOMIȚEANU și colab.

La un lot de femei (21 de femei în vârstă medie de 71 ± 1 ani) hematocritul a crescut de la $34 \pm 1\%$ la $43,9 \pm 0,19\%$ ($p=0,001$). La lotul de bărbați (35 de persoane în vârstă medie de 72 ± 2 ani) hematocritul a crescut de la $35 \pm 1\%$ la $42 \pm 1\%$ ($p=0,001$), iar hemoglobina de la $12 \pm 0,13$ la $14,4 \pm 0,21\%$ ($p=0,001$).

Activitatea antibiotică a mierii, prin principiile pe care le conține, a constituit o altă preocupare de studiu a grupului IALOMIȚEANU și colab. S-au studiat

efectele asupra unor sușe microbiene precum: *Bacillus proteus*, *Staphylococcus lisotype* 80, *Shigella flexneri*, *Pseudomonas pyocyanea*, *Shigella sonnei*, *Escherichia coli*, la care s-a testat, în prealabil, sensibilitatea la antibiotice prin metoda antibiogramelor cantitative^{7,8}.

Apoi, utilizând metoda diluțiilor cantitative în geloză, s-a testat acțiunea antibiotică a acestor sușe pe unele varietăți de miere: miere polifloră(V), tei(V), polifloră de câmpie(X), salcâm(V), floarea soarelui(V) și altele.

A fost utilizată metoda diluțiilor în tuburi în mediu lichid, deoarece diluția mierii în medii solide nu a oferit posibilitatea aprecierii fazelor de dezvoltare a microbilor, deci a caracterului bactericid sau bacteriostatic. Rezultatele relatate de autori au fost:

- cu mierea neinactivată a apărut o bandă puternică la 1100 cm^{-1} , o bandă sub formă de palier între 1200 și 1700 cm^{-1} , o bandă de intensitate redusă la 2150 cm^{-1} și un palier între 2900 și 3800 cm^{-1} ;

- cu mierea inactivată s-a obținut o bandă puternică între 600 și 700 cm^{-1} , o alta cu intensitate redusă la 930 și 1100 cm^{-1} și la 1450 și la 1670 cm^{-1} , precum și un palier între 3200 și 3600 cm^{-1} .

S-a putut remarca faptul că nici un antibiotic nu prezintă o acțiune antimicrobiană în bloc pe cele 7 sușe studiate.

În ceea ce privește puterea antibiotică a surselor de miere, s-a putut observa că mierea polifloră a prezentat 98% putere antibiotică, floarea soarelui 89%, polifloră de câmp 82%, brad 73%, tei 39% și salcâm 9%.

Observația obținută atestă variabilitatea factorilor antimicrobieni în fiecare varietate de miere. Particularitățile antibiotice ale mierii par a fi, în unele privințe, diferite de cele ale antibioticelor terapeutice, în ceea ce privește spectrul de acțiune.

Astfel, dintre sușele microbiene și sortimentele de miere microbul cel mai sensibil la acțiunea antibioticelor terapeutice este *Shigella sonnei* R (68%) și cel mai rezistent *Shigella flexneri* 2a, iar în ceea ce privește acțiunea varietăților de miere, luate în general, maximum de sensibilitate aparține *Staphylococcus lisotype* 80 (80%) și minimum la *Escherichia coli* 28 (29%).

Acțiunea mierii poliflore în concentrație de 20% în raport cu martorul s-a arătat a fi caracteristică în cazul lui *Staphylococcus lisotype* 80 și bacilului piocianic și numai bacteriostatic pentru ale sușe microbiene.

Apariția multiplelor benzi de absorbție în mierea inactivată confirmă ipoteza că sub acțiunea căldurii s-au produs zaharide mai mici prin distrugerea punților de hidrogen intra și intermoleculare. În favoarea acestei concluzii ar fi apariția modificărilor de absorbție la 700 și la 1800 cm^{-1} și pentru distrugerea acestor asocieri de H, modificarea benzii puternice între 3200 și 3700 cm^{-1} . Lipsa absorbției între 3600 și 3800 cm^{-1} , zone corespunzătoare prezenței punților de H atestă regiunea caracteristică vibrațiilor grupărilor OH asociate.

BIBLIOGRAFIE

1. DAGHIE V., Nadia NICOLAU – Al VI-lea Congres național de fiziologie, București, 1981
2. DAGHIE V., Nadia NICOLAU, M. IALOMIȚEANU – Brevet OSIM 75811/1980
3. DAGHIE V., Nadia NICOLAU, M. IALOMIȚEANU – Cercetări noi în apiterapie, Editura Apimondia, 1976
4. DAGHIE V., Nadia NICOLAU, M. IALOMIȚEANU, D. RĂDULESCU, M. RĂDULESCU – A VII-a sesiune a Academiei de Științe Medicale, București, 1977
5. DAGHIE V., Nadia NICOLAU, M. IALOMIȚEANU, G. VASERMAN – Secțiunea Academiei RSR, Filiala Iași, 1979
6. HRISTEA C., M. IALOMIȚEANU – Produsele albinelor în sprijinul sănătății omului, Ediția a III-a, Editura Apimondia, 1972
7. IALOMIȚEANU M., V. DAGHIE – XXIV-eme Congrès International d'Apimondia, Buenos Aires, Argentine, 1973
8. IALOMIȚEANU M., V. DAGHIE, N.F. MIHĂESCU – XXI-eme Congrès International d'Apimondia, Maryland, SUA, 1967
9. IALOMIȚEANU M., V. DAGHIE, Nadia NICOLAU – Al VIII-lea Congres european de gerontologie, Neptun, România, 1977
10. IALOMIȚEANU M., V. DAGHIE, Nadia NICOLAU, M. RĂDULESCU – A VII-a sesiune a Academiei de Științe Medicale, București 1977
11. IALOMIȚEANU M., V. DAGHIE, Nadia NICOLAU, M. RĂDULESCU – Cercetări noi în apiterapie, Editura Apimondia, 1976
12. IALOMIȚEANU M., V. DAGHIE, M. RĂDULESCU, Nadia NICOLAU, G. VASERMAN, JANG SE WHAN, M. POPLESCU – III-e Symposion International d'Apithérapie, Portorož, Yugoslavia, 1978
13. NICOLAU Nadia, V. DAGHIE, JANG SE WHAN, M. IALOMIȚEANU, M. RĂDULESCU, G. VASERMAN – III-e Symposion International d'Apithérapie, Portorož, Yugoslavia, 1978
14. OLARU T., V. DAGHIE, Nadia NICOLAU – XXVIII-eme Congrès International d'Apimondia, Acapulco, Mexico, 1981

CERCETĂRI PRIVIND TRATAMENTUL BRONHOPATIILOR CRONICE

REZULTATE CLINICE ȘI DE LABORATOR CU PRODUSE APITERAPICE (AEROSOLI ȘI TRATAMENTE GENERALE)

Dr. Viorica IONESCU

Propolisul, prin calitățile deosebite pe care le posedă, ne-a îndemnat să-l folosim cu mult succes în afecțiunile pulmonare atât acute cât și cronice.

Începând din anul 1983, am urmărit pacienții cu afecțiuni pulmonare pe categorii și am putut remarca efectul imediat și în timp al afecțiunii.

Prin cercetările efectuate pe bolnavi s-au remarcat calitățile propolisului: acțiune bacterică, anestezică, antiinflamatoare, epitelizantă și o puternică influență pozitivă asupra proceselor imunobiologice ale organismului. În ultimii ani s-a constatat creșterea incidențelor secundare medicamentoase atât la tineri cât și la bătrâni, îndeosebi datorită modificărilor intervenite în structura și funcționalitatea organismului, care nu mai poate reacționa prompt la unele medicamente și la anumite doze, ca în tinerețe, toxicitatea medicamentoasă fiind favorizată de terapia multiplă și de filtrația glomerulară.

Problema bronhopatiilor acute și cronice (B.P.C.) a devenit deosebit de importantă, fiind în continuă creștere datorită urbanizării populației, dezvoltării industriei, creșterii traficului rutier, creșterii mediei de viață a populației, toate acestea înglobând o atenție deosebită acordată aplicării produselor apiterapeutice, considerându-le nenocive și netoxice.

Propolisul este o substanță rășinoasă pe care alina o folosește pentru a astupa fisurile stupului, pentru a-i asigura etanșeitatea și ca un excelent antibiotic pentru sterilizarea stupului, astfel s-a evidențiat acțiunea sa antibiotică.

Terapia multiplă toxică medicamentoasă folosită în prezent influențează negativ filtrația glomerulară.

Nefrotoxicitatea este severă, mai ales dacă drogul acționează asupra arteriolelor glomerulilor tubului interstițiului renal, medicamentul aplicat fiind antibioticele și cortizonicele în B.P.C.

Acțiunea negativă a medicamentelor alopate se manifestă negativ și asupra metabolismului ficatului.

Noțiunea de B.P.C., care cuprinde bronșita cronică, emfizemul pulmonar și unele forme de astm bronșic, a fost introdusă în practica de fiecare zi de către epidemiologi ca instrument de lucru pe teren, înglobând boli care apar cu semne comune diurne sau nocturne, dispnee de efort, tuse, sindrom obstructiv, cu reducerea V.E.M.S. sub 60%.

Noțiunea s-a impus fiindcă există forme de graniță între bronșita cronică, emfizemul pulmonar și emfizemul bronșic, în care este foarte greu să se diferențieze boala și cauza, neexistând unitate în definirea bronșitei și emfizemului anatomic. În afecțiunile pulmonare este vorba și de diverși agenți patogeni, un

antibiotic nu va putea fi eficace în toate categoriile de afecțiuni ale pulmonului, iar aprecierea acțiunii, indiferent de medicament, în tratarea acestor afecțiuni pulmonare este o problemă, fiindcă există o mare fluctuație în individualitatea cursului bolii.

Grupele de bolnavi care au stat la baza studiului au fost:

- bronșite cronice – 99 de cazuri;
- bronșite cronice cu emfizem pulmonar – 57 de cazuri;
- astm bronșic – 29 de cazuri;
- insuficiențe cronice respiratorii – 15 cazuri;
- bronșită cronică cu emfizem pulmonar și supurații pulmonare – 22 de cazuri.

Evoluția afecțiunilor pulmonare a fost urmărită prin examene clinice și analize de laborator în urma aplicării produselor apiterapeutice, cu rezultate demne de remarcat. Ca bolnavi au predominat cei de vârstă înaintată, ca sex – cel masculin, ca și copii începând cu vârsta de 2 ani.

Din acești 222 de bolnavi luați în cercetare au fost:

- bărbați – 115 cu vârsta între 19-82 de ani;
- femei – 78 cu vârsta între 29-76 de ani;
- copii – 29 cu vârsta între 2-18 ani.

Au fost urmărite simptomele subiective și obiective ale aparatului respirator prezentate de bolnavii chemați la control, urmărind îndeosebi frecvența puseelor acute în sezoanele reci, a recidivelor în timp, precum și manifestările de distanță ale organelor de vecinătate.

La toți bolnavii am urmărit analizele de laborator la începutul tratamentului și după vindecarea clinică.

Bolnavii luați în evidență au ca etiologie:

- cauze endogene: vegetații adenoide, hipertrofii amigdaline, deviații de sept, carențe imunitare, sensibilitate la frig;
- cauze exogene: poluarea atmosferică, fumul de tutun, condiții meteorologice sau iritație bronșică prin noxe profesionale legate de locul de muncă.

Pot interveni și cauze infecțioase sau unii factori alergici decelați prin teste cutanate de sensibilizare, de eozinofilia sangvină crescută și o expectorație. Examinările de laborator au fost complexe, folosind teste care au demonstrat starea funcțională pulmonară. Bolnavilor selectați pentru studiu le-am indicat executarea analizelor după cum urmează: Rx. pulmonar, examenul citobacteriologic al sputei cu antibiogramă, V.S.H., probe funcționale respiratorii, hematocritul cu număratoarea seriei albe, E.K.G. – la vârstnici.

Majoritatea bolnavilor s-a prezentat, în general, la consultații după ce a epuizat tratamentele alocate cu antibiotice, bronho-dilatatoare, expectorante sau o corticoterapie prelungită. Majoritatea bolnavilor gravi a fost tratată prin corticoterapie, care permite scoaterea bolnavului din criză, dar generează fenomene adverse, iatrogenie și în final dependența de acest drog.

Clinic, bolnavii au prezentat triada simptomatică a bolii, care este constituită din tuse, expectorație și dispnee, cu importante oscilații sezoniere și cu tendință la agravare în cursul epidemiilor de infecții respiratorii. După caz, expectorație muco-purulentă, uneori cu miros fetid, subfebrilitate, episoade gripale frecvente, sensibilitate marcată la frig și schimbări de temperatură, rareori expectorație hemoptoică, tulburări de somn, scădere în greutate, paloare, cianoză a buzelor. Toate aceste simptome au cedat după tratamentele aplicate cu propolis.

Astfel, lucrarea s-a ocupat de studiul clinic al eficacității produselor apiterapeutice realizate de colectivul Institutului de cercetare și dezvoltare pentru apicultură, care au la bază substanțele active: propolis, miere, polen, lăptișor de matcă, păstură și apilarnil.

Cercetările cele mai interesante au fost cele asupra antibioticelor din propolis cu activitate antimicrobiană, bacteriostatică, antifungică, fito-inhibitoare, cicatrizantă, acțiuni imunologice și antiseptice virale binecunoscute.

Ceea ce caracterizează starea de rău, din punct de vedere anatomo-patologic, este prezența dopurilor de mucus, care se depun în lumenul bronșiolear.

Am redat această simptomatologie demonstrând, în cele ce vor urma, ca efect în mod special al produselor pe bază de propolis.

Un rol important în acumularea mucusului revine și distrugerii mecanismului ciliar bronșic, într-o primă fază a afecțiunilor pulmonare.

Existența acestor modificări anatomice determină tulburări ale schimburilor gazoase la nivelul membranei alveolo-capilare, care se reflectă prin modificări ale presiunilor gazelor sanguine.

Obiectivele pe care ni le-am propus au fost:

- influența produselor apicole în unele afecțiuni pulmonare;
- stabilirea unei metodologii de tratament.

Produsele apicole și în special propolisul au fost administrate ca tratament sub formă de aerosoli și pe cale bucală la un număr de 222 de bolnavi, care au fost selectați și urmăriți, prezentându-se periodic la control și care au făcut obiectul cercetării.

În cursul tratamentului cu „Propolis” sub formă de aerosoli, Proposept tablete, Tinctură de propolis, expectorante pe bază de propolis și miere, iar ca adjuvante pentru regenerarea și susținerea organismului Polen, Lăptișor de matcă, Apilarnil prop, am urmărit dispariția sau rărirea tulburărilor clinice ca dispnee, tuse cu expectorație mai fluidă și ameliorarea tulburărilor de ventilație de tip obstructiv.

Deoarece sub acțiunea factorilor iritanți sau a agenților bacterieni mucoasa bronșică răspunde printr-o hipersecreție și datorită efectului favorizant al mucusului asupra înmulțirii bacteriilor, crește susceptibilitatea la infecție, se inițiază un cerc vicios (iritație-hipersecreție-infecție, mai multă hipersecreție).

În bronșitele cronice ale bronhiilor mari ventilația alveolară s-a menținut la normal, iar tulburările în funcția ventilatorie au apărut doar în 9% din cazuri.

Disfuncția ventilatorie a fost, în general, de tip obstructiv, cu modificări reduse ale capacității vitale și modificări mai importante ale V.E.M.S., care au fost mult mai grave la bolnavii mai în vârstă și în special la bărbați.

Volumul rezidual (V.R.) a fost mai crescut la începutul tratamentului, la fel și capacitatea pulmonară (C.P.T.) scăzută.

Din păcate, toți acești bolnavi au o evoluție îndelungată, în general prezentându-se la consultație mai ales în sezonul rece, corelat adesea cu infecții acute ale căilor respiratorii superioare.

În antecedente, tratamentele urmate de pacienți au fost bronho-dilatatoarele fluidifiante ale secreției bronșice, hemisuccinat de cortizon, Miofilin, antibiotice etc.

Pacienților luați în evidență pentru studiu li s-au administrat, în funcție de evoluția bolii și vârstă, produse pe bază de propolis. Tinctură de propolis între 10-20 picături de trei ori pe zi, luate după mese, Proposept tablete între 2-6 tablete pe zi, miere propolizată 2% 2-3 lingurițe pe zi, Lăptișor de matcă 2-4 drageuri pe zi sau fiole de băut una pe zi după micul dejun, Apilarnil prop 2-6 drageuri pe zi, Melcalcin 2-3 lingurițe pe zi, în special la copii, Polen 3-6 lingurițe pe zi, Poleno-lecitină 2 lingurițe pe zi (la diabetici Lecipol), iar în cazurile mai avansate Proposept L sub formă de aerosoli, în serii de 12 ședințe cu pauze după caz.

În flaconul de Proposept L pentru aerosoli am mai adăugat câte o fiolă de Lăptișor de matcă, considerând prezența polipeptidelor globulinice sub denumirea de gamaglobulină, care dă rezistență crescută la agresiunile bacteriilor și virusilor. În aceste afecțiuni, tulburarea vâscozității mucusului bronșic este determinată de deficitul de gamaglobulină al sângelui, ce favorizează bronhopatiile acute și cronice.

Proposeptul L liofilizat a fost preparat prin dizolvarea conținutului unui flacon cu ser fiziologic sau apă distilată, din care s-au aplicat 3 ședințe de aerosoli, total 4 flacoane, 12 ședințe pe serie.

După caz și gradul afecțiunii au fost repetate ședințele de aerosoli în fiecare lună. În general cazurile de bronșită cronică, fără alte implicații pulmonare, au fost rezolvate după una sau cel mult două serii de tratament.

Am urmărit efectul bactericid și bacteriostatic al propolisului pe cale orală și sub formă de aerosoli practic prin antibiograme în examenul cito-bacteriologic al sputei.

Din cazurile studiate și urmărite au fost tratate și 12 cazuri de bronșită hemoptoică, cu rezultate spectaculoase și acest fapt este explicat prin prezența flavonoizilor care acționează asupra pereților capilarelor, provocând vasoconstricția precapilarelor.

Închiderea sfincterelor precapilare s-ar datora unei acțiuni enzimatică, anume de inhibiția de fosfovilare a A.D.P., în A.T.P., fosfovilare absolut necesară relaxării musculare. În cazurile urmărite nu au mai apărut hemoragii noi.

Astfel, prin prezența flavonoizilor din propolis se insistă asupra activităților caracteristice de reducere a fragilității și permeabilității capilarelor. Acțiunea se manifestă și prin suprimarea spasmului vascular, favorizând vindecarea și prin conținutul în factori antivirali.

Prin adăugarea polenului în tratament, el fiind bogat în oligoelemente, și în cazul nostru în magneziu și un tonic general, generator celular, echilibrant psihic și al sistemului vago-simpatic, antiseptic pe cale internă, drenor hepatic se sporesc reacțiile de apărare ale organismului, luptând contra anafilaxiei și îmbătrânirii, cancerizării și aterosclerozei.

În bronșitele simple, fără complicații, vindecarea este de 100% datorită calităților propolisului, care determină o potențare a procesului antiinfecțios.

Ansamblul acestor rezultate ne conduce, în mod precis, la originea propolisului nostru, deoarece 5 substanțe flavonoide sunt comune mugurilor de plop, iar mugurii de mesteacăn conțin substanțe apropiate de acelea ale mugurilor de plop.

Rezultate obținute:

Număr cazuri	Vindecate	Ameliorate	Alergici	Nemodificate
222	101	89	3	29
100%	45,5%	40,1%	1,4%	13,0%

Bolnavilor gravi și care s-au prezentat în criză, le-am recomandat ca Proposeptul L să fie dizolvat cu o fiolă de miofilin, pentru a fi scoși din criză mai rapid, iar în restul ședințelor să fie asociat cu o fiolă de Lăptișor de matcă, pentru conținutul bogat în gamaglobulină, cu efect în creșterea rezistenței organismului.

În general cazurile sunt cu ameliorări evidente, doar bolnavii cu insuficiență respiratorie severă și cu reducerea ventilației maxime cu peste 60% nu au dat rezultate pozitive, ca și la cazurile de alergii la propolis care nu au suportat tratamentul.

După tratamentele cu produse apiterapeutice, în general toți bolnavii au prezentat o stare generală mai bună, ușurare în respirație, expectorație mai fluidă, somn liniștit, reducerea crizelor de dispnee, sensibilitate scăzută la schimbări de presiune atmosferică.

CONCLUZII

Tratamentele aplicate bronhopatiilor cronice au fost eficiente în circa 95,6% din cazuri (vindecate și ameliorate). Prin schemele de tratament fixate rezultatele terapeutice au fost bune, întrucât într-o perioadă de timp relativ scurtă s-au ameliorat atât simptomele subiective, cât și obiective ale bolnavilor.

Ca vârstă, a predominat cea adultă, între 25-75 de ani, iar ca sex majoritatea au fost bărbați, fiind mai expuși la noxe.

Ca profesii, majoritatea au fost muncitori care lucrează în mediu toxic și poluat. Cazurile de recăderi au fost cele care nu au ținut cont de ritmicitatea aplicării tratamentelor sau de schimbările bruște ale temperaturii primăvara și toamna.

În general tuturor bolnavilor cu bronhopatii cronice le-am tratat și bolile asociate, fiind corelate între ele, pentru asigurarea unei mai bune homeostazii.

Rezultatele deosebite ale produselor apiterapeutice, în special ale propolisului, se evidențiază prin binecunoscutele sale proprietăți antibacteriene, antivirolice, anestezice, cicatrizante, chiar anestezice cu efect asupra sistemului

capilar; lucrează ca un antibiotic asupra stării de boală, asupra aparatului respirator.

În tratamentul pneumopatiilor cu Proposept L a avut un rol important adjuvant și terapia generală cu produse apiterapeutice, prin tonifierea organismului, ajutând astfel la scurtarea timpului de vindecare a bolii.

Pentru bunul mers al tratamentului apiterapeutic, s-au selecționat bolnavii ținându-se seamă de contraindicații ca: diabet zaharat, afecțiuni avansate, afecțiuni cu indicații pur chirurgicale, atipiile diverselor aparate.

Bolnavii au fost supravegheați în timpul tratamentului și chemați periodic la control.

S-au cerut, la începutul și sfârșitul tratamentului, analize de laborator, explorări funcționale respiratorii, examene citobacteriologice, care au evidențiat echilibrul funcțional la nivelul aparatului respirator și al funcțiilor metabolice.

În bronșitele cronice, în special, s-a manifestat produsul Proposept L ca un excelent antibiotic, diminuând accesele de tuse, dispnee și fluiditatea sputei.

Înlăturarea infecției a favorizat regenerarea țesuturilor prin substanțele active din propolis, cunoscându-se faptul că nucleul derivaților activi polifenolici legați de glucozizi stă la baza rutinului, substanță cu efect capilarotrop net.

Tratamentul cu cât se începe mai devreme, din momentul îmbolnăvirii, cu atât este mai eficient, procesul patologic fiind jugulat mai repede decât în cazul folosirii mijloacelor obișnuite.

Propolisul are și o însușire foarte importantă și anume neadaptarea bacteriilor față de el. Apariția formelor de bacterii antibiotico-rezistente este un neajuns al antibioticelor și altor preparate antimicrobiene, fapt ce le micșorează valoarea terapeutică. S-a mai constatat că extractul de propolis 30% mărește activitatea antimicrobiană a antibioticelor.

Cu toate că există o experiență clinică de folosire a propolisului foarte bogată, nu se cunosc acțiuni negative asupra organismului, cu excepția unor cazuri individuale – intoleranță sau sensibilitate la propolis.

Pe parcurs s-a acumulat un material bogat despre propolis care confirmă activitatea lui biologică.

Demne de remarcat sunt modificările în bine, pe lângă o bună ventilație pulmonară și o îmbunătățire a circulației coronariene relevată prin E.K.G., cu diminuarea subdenivelării undei S-T în precordiale.

Toți bolnavii au fost receptivi la indicațiile terapeutice și au manifestat tendință de colaborare și exactitate la datele programate pentru control.

În general bolnavii au fost urmăriți prin bateriile de teste, după gradul afecțiunii, putându-se observa în mod obiectiv și stabili faza de evoluție a bolii după terapia aplicată.

Utilitatea produselor apiterapeutice s-a făcut simțită spectaculos alături de celelalte produse naturiste, sperându-se o înlocuire în bună parte a produselor alopate, a căror valoare rămâne încă de necontestat.

Cel mai adesea este vorba de o asociere medicamentoasă, însă în doze mult inferioare celor obișnuite, avantaj de mare importanță. În ceea ce privește mecanismul de acțiune în aceste afecțiuni luate în studiu, el este încă în faza de cercetare și experimentare, deși produsele apiterapeutice intervin destul de

prompt atât prin acțiunile enumerate anterior, cât și prin acțiuni fiziologice hormonale și imunitare generale, prin hipertonie hipotalamo-hipofizară globală, lentă minoră, crescând secreția de cortizon endogen și sporind astfel rezistența organismului.

Demn de remarcat este că medicii specialiști din policlinici sau spitale recomandă produsele apiterapeutice și îndrumă bolnavii către Centrul medical de apiterapie, pentru luare în evidență și tratament.

BIBLIOGRAFIE

1. BRUKNER I. – Medicina internă, Vol.I, Editura medicală, 1970
2. LAMBERTI J.R. (Argentina)– Prezența gamaglobulinei în lăptișorul de matcă
3. LAVIE P. (Franța) – Proprietățile antibiotice și antifungice ale propolisului
4. LAVIE P. (Franța) – Proprietățile antibiotice, antifungice și fitoinhibitoare ale propolisului
5. MIHĂILESCU N. – Propolisoterapia în astmul bronșic
6. MIHĂILESCU N. – Tratamente cu propolis în medicina umană – Curs de apicultură
7. MOLNAR, Magdalena TOTH – Propolisul în produsele stupului, Editura Apimondia, București, 1974
8. PALOȘ Elena – Propolisul și acțiunile sale, *Apiterapia azi*, Editura Apimondia, București, 1981
9. PALOȘ Elena și L. POPESCU – Produse apiterapeutice pe bază de propolis standardizat, *Apicultura în România*, Iulie 1985
10. PESCANSKI A.N. (U.R.S.S.) – Tratatamentul unor afecțiuni cu ajutorul soluției de propolis, Editura Apimondia, 1975
11. POPESCU L., I. BRĂILEANU, A. GHEORGHIU – Contribuții la studiul propolisului
12. VALNET Jean – Tratatamentul bolilor pe cale naturistă
13. x x x – Diagnosticul și tratamentul bolilor interne: Bronhopneumatia cronică obstructivă, Vol.I., Editura medicală, București, 1982, pag. 187-205

TRATAMENTUL UNOR FORME DE PARODONTOPATII CU PRODUSE APICOLE

Cercetări experimentale și clinice*

Dr. Nicolae LUCA

În ultimii ani au crescut simțitor formele de îmbolnăviri paradontale, asistându-se totodată la o înrăutățire a tiparului clinic (diferite tipologii).

Atenția mărită acordată în ultimii ani produselor apiterapice în combaterea sau prevenirea diferitelor entități morbide, atât la om, cât și la animale, a constituit premisa pentru cercetarea și îmbunătățirea preparatelor utilizate în acest scop.

Cercetările din domeniul stomatologiei au determinat diferite colective să abordeze subiecte de interes practic de elucidarea unor mecanisme etiopatogenice, dar mai ales farmacologice, în legătură cu aceste entități gnoseologice specifice.

Activitatea de cercetare clinico-medicală din cadrul Centrului medical de apiterapie a focalizat aproximativ 15 ani – subiecte și preocupări în sensul expus mai sus.

În primele perioade (N. VARACHIU, P. GARACHEVRUDIS) s-au obținut rezultate încurajatoare privind refacerea osoasă și paradontală postextrațională, regenerarea țesutului conjunctiv alveolar și în epitelizarea mucoasei gingivale prin folosirea în tratamente a propolisului de matcă drept component în alcătuirea noului preparat Gingiprop.

Cercetările s-au referit la diferite aspecte gnoseologice de profil: pulpite, hiperemii pulpare, forme pulpare acute, privind rezolvarea clinică în scopul găsirii unor scheme de tratament cu aceste produse, precum și aspecte de fiziopatologie, în cazul durerilor cu referire la scăderea hipersenzitivității și hiperesteziei dentare post-extrakție.

A părut ideea studierii experimentale la început și ulterior clinice a acțiunii unor produse rezultate din asocierea propolisului cu veninul de albine și polen în tratamentul diferitelor forme de paradontopatii.

S-au obținut rezultate încurajatoare în etapele experimentale (Laboratoarele de fiziopatologie din Facultatea de medicină veterinară și zootehnie – Institutul agronomic „Nicolae Bălcescu”) alături de cele clinice în cadrul Centrului medical de apiterapie al I.C.D.A. București privind refacerea osoasă, regenerarea țesutului compensator alveolar, ș.a.

În alegerea materialului biologic pe care să se poată realiza cât mai veridic analogul animal pentru studiul paradontopatiilor umane s-a recurs + în cadrul cercetărilor experimentale – la câinii de rasă Beagle fiind utilizați de cei mai mulți autori în modelele lor experimentale ca material biologic optimal.

*Capitol prezentat pe baza lucrărilor efectuate de colective lărgite: N. VARACHIU, Filofteia POPESCU, Cristina MATEESCU, G. PÂRVU, precum și V. GĂNESCU, M. SEFER, T. OLARIU.

Producerea experimentală la câinii Beagle a parodontopatiilor, adică modelarea care să prezinte un analog animal al celor întâlnite în medicina umană, a reclamat studierea unității morfologice prin originea comună embrionară a totalității țesuturilor de susținere a dintelui și aprofundarea unității funcționale a parodontiului, ambele aspecte de unitate fiind în măsură să explice și unitatea patologică a parodontiului marginal, ce se manifestă la acest nivel prin interesarea patologică a tuturor elementelor componente, chiar dacă inițial este afectat doar unul din ele (M. GAFFAR).

Produsul apiterapic utilizat se prezenta ca amestec – în părți diferite a unui extract de propolis, venin de albine și extract total de polen. Administrarea lui, fiind sub formă de pulbere, s-a făcut prin aplicații locale (badijonări, masaje etc.) la nivelul focarului patologic.

Bazați pe constatările școlii românești de specialitate, care caracterizează parodontopatiile marginale ca inflamații cronice produse de factori pluricauzali, cumulativi și cumativi, pe bază de predispoziție locală și generală (după M. GAFFAR), s-a apreciat că realizarea modelului analog animal al acestor îmbolnăviri reclamă recurgerea la factori etiopatogenici complecși și anume la cei traumatici, chimico-toxici, peste care să se suprapună și factorii infecțioși.

Un prim model traumatic s-a concretizat prin excizări ale mucoasei gingivale pe porțiuni relativ întinse (circa 1,5 cm lungime și 0,3 cm lățime). Un al doilea model a constat din iritarea parodontiului, recurgându-se la arsenic pulvis sau la acidul tricloracetic în concentrație de 30%. Drept complicații ale parodontopatiilor marginale induse apăreau cele infecțioase, cu diferite forme clinice, de la cele seroase-simple, până la cele supurative (purulente), cauzate de flora bacteriană prezentă în cavitatea bucală.

Menționăm că în toate cazurile descrise intervențiile de modelare ale parodontopatiilor marginale se efectuau pe fondul unei anestezii plexale, provocate prin administrarea amestecului de adrenalină-xilină.

Cercetările experimentale au fost efectuate pe un număr de 30 de câini, cu care s-au format două loturi. Primul lot, alcătuit din 15 animale, a cuprins trei variante: prima, 5 câini cu parodontită marginală traumatică, a beneficiat de tratament cu produsul apiterapic menționat anterior; a doua variantă, un număr identic de animale cu modificări similare a fost supus unui tratament medicamentos clasic, bazat pe aplicații topice cu soluții astringente – clorură de zinc 25%, soluție Clumsky, Iodoform pulvis, Marfanil pulvis. Alte 5 animale au constituit varianta a treia, martor al lotului I, parodontita marginală acută pe care o prezentau nefiind supusă vreunui tratament. Lotul II, alcătuit, de asemenea, din 15 animale, a servit pentru modelarea parodontopatiei cu tendință la cronicizare, prin acționare asupra parodontiului cu factorii chimico-toxici menționați, reaplicați pentru a menține și agrava manifestările patologice existente.

În cazul primului lot, varianta 1 (5 câini) a fost supusă tratamentului cu produsul apiterapic anterior, varianta a 2-a (5 animale) a urmat un tratament clasic, iar ultimii 5 câini (varianta a 3-a) au reprezentat martorii, fără tratament.

Pe parcursul experienței s-au efectuat și determinări hematologice (modificări cantitative ale hematiilor, leucocitelor, hemoglobinei, ale unor indici sangvini: VEM, HEM, CHEM, ca și variațiile formulei leucocitare), utilizându-se

aparatura clasică ca și cea electronică. Aceste determinări s-au efectuat înainte de modelarea parodontitelor marginale, pentru precizarea fondului inițial, fiind repetate imediat după realizarea analogului animal al afecțiunii, apoi la 3, 7 și 12 zile. În mod similar, pe parcursul desfășurării experienței s-au efectuat, în mod repetat, și examene radiologice, radiografii dentare înaintea și la terminarea modelării.

De menționat că înaintea efectuării intervențiilor de modelare a parodontopatiilor marginale din ambele loturi s-a făcut un examen clinic corespunzător – atât local (cavitatea bucală) cât și general.

La animalele din lotul I modelarea parodontitei marginale prin acțiunea factorului și supraadăugarea infecției a determinat instalarea unor modificări inflamatorii complexe, cu tendință de extindere în adâncimea țesuturilor, cu o evoluție fie acută, fie subacută sau cronică. Administrarea unei terapii diferențiate a determinat apariția procesului sanogenic (încheierea cicatrizării plăgii) într-un termen mediu de 7 zile la varianta 1, de circa 11 zile la varianta 2, iar la martori (varianta 3) evoluția a mers spre cronicizare.

La aceiași lot modificările hematologice indică, în special la varianta 1, creșteri numerice ale leucocitelor, cu majorarea evidentă a neutrofilelor, explicând accentuarea capacității de regenerare a animalelor tratate cu produsul apiterapic. La aceleași animale se constată, în primele zile, ușoare diminuări ale limfocitelor. Valorile medii ale hemoglobinei, hematocritului și indicilor sangvini studiați (VEM, HEM, CHEM) nu au prezentat modificări semnificative.

La lotul II, cu modelarea parodontitelor marginale prin factori chimico-toxici, administrați în mod repetat în scopul menținerii și agravării procesului patologic, prezența inflamației la nivelul parodontiului se manifestă prin hiperemie, stază și edemație. Procesul septic supraadăugat este însoțit de apariția unei secreții seroase, serosanguinolente sau chiar purulente. La animalele la care îmbolnăvirea parodontală se îndreaptă spre cronicizare – ca la martorul din varianta 3 din lotul I – se constată modificări ale inserției dentomaxilare de la nivelul parodontiului, o reacție gingivală care evidențiază un proces de atrofie alveolară.

Administrarea la animalele din lotul II a unei terapii diferențiate (varianta 1 – preparatul apiterapeutic, varianta 2 – medicația stomatologică uzuală) determină instalarea procesului sanogenic, în medie la 21 de zile (varianta 1), la 35 de zile (varianta 2) și cronicizarea procesului la martor. Modificările hematologice prezintă aceeași semnificație ca la lotul I, fiind însă mai puțin exprimate în cercetări clinice.

Noul produs apiterapic (propolis asociat cu venin de albine și polen) a fost utilizat în cadrul Cabinetului stomatologic al Centrului de apiterapie din I.C.D.A. pe un număr de 340 de pacienți prezentând diferite forme de parodontopatii.

Astfel, la 240 din aceștia, cu forme de parodontopatii acute superficiale, după un detartraj minuțios, extracția resturilor radiculare, eliminarea spinelor iritative de la nivelul diferitelor lucrări proteice, s-au făcut badijonări și chiar masajе gingivale cu produsul apiterapeutic, obținându-se, în șase ședințe, ameliorări ale formei de inflamație gingivală, dispariția lizerelui gingival, a sângerărilor la periost, urmând ca pacienții să continue badijonarea cu produsul Gingiprop.

În 100 de cazuri cu forme de parodontopatii cronice, 28 cu forme de pungi gingivale și modificări în dinamica de susținere a dintelui, s-au făcut chiuretajul

pungilor gingivale și aplicații cu meșe îmbibate cu noul produs apiterapeutic introdus în aceste punși. Rezultate satisfăcătoare s-au obținut în 18 cazuri, în care halena fetidă a dispărut, fenomenele inflamatorii s-au redus ca intensitate și mobilitatea dentară a început să dispară. În mod similar, hiperestezia dentinară a dispărut complet.

La 10 cazuri situația s-a menținut staționară, cu mobilitatea dintelui, dar s-au făcut simțite ușoare fenomene de refacere a epiteliului gingival.

La 70 de cazuri cu forme cronice parodontale, cu retracție gingivală fără modificarea mobilității dintelui, rezultatele au fost încurajatoare, veninul de albine fiind un excitant pozitiv pentru refacerea epiteliului gingival și stagnarea proliferării țesutului de granulație.

Drept concluzii putem reține:

1. Cercetările experimentale efectuate în tratamentul unor paradontopatii marginale – acute și cu tendință de cronicizare – provocate prin factori traumatici, chimico-toxici și infecțioși evidențiază perfectă integrare a noului produs apiterapeutic (propolis asociat cu venin de albine și polen) în dinamica vindecării tisulare parodontale;

2. În comparație cu recurgerea la medicația stomatologică uzuală, noul produs apiterapeutic reduce semnificativ timpul de cicatrizare a unor plăgi experimentale, rezultate din excizia mucoase gingivale;

3. Utilizarea produsului apiterapeutic – propolis asociat cu venin de albine și polen – a determinat inducerea la animalele tratate și a unor modificări hematologice, având semnificația fenomenelor de stimulare a reacțiilor imune nespecifice;

4. Aplicat în clinica stomatologică pe 450 de pacienți produsul a determinat ameliorări evidente la 240 de pacienți în paradontopatiile acute superficiale, ca și la 88 de pacienți cu paradontopatii cronice.

V. GĂNESCU, M. SEFER și T. OLARIU au efectuat cercetări asupra unor forme paradontopatice la copii de vârstă școlară, în special tipologia proliferativ hiperplazică care a devenit deosebit de frecventă cel puțin pentru vârsta de 14-17 ani, vârstă care prezintă perioada de tranziție puberală în care rolul factorilor neuroendocrini se greșează puternic în modificarea structurii parodontale, mai mult sau mai puțin tranzitoriu și în funcție de persistența factorilor locali favorizanți.

Din investigațiile efectuate pe un lot de 1000 de copii de vârstă școlară (14-17 ani) de ambele sexe au fost decelate 178 de astfel de cazuri din care 58% prezentau gingivite cronice tartrice, 33% prezentau parodontite cronice marginale superficiale și 10% parodontite marginale profunde progresive; în plus, s-au diagnosticat parodontite cronice marginale localizate la unul, doi sau trei dinți atât la arcada mandibulară, cât și la arcada maxilară.

În aceste condiții, din totalul copiilor examinați, a fost selecționat un număr de subiecți cărora li s-au efectuat un studiu complex clinico-paraclinic. Investigațiile paraclinice efectuate au fost reprezentate prin determinări ale tipurilor de imunoglobuline serice IGA, IGM, IGC, prin punctii bioptice ale segmentelor papilelor interdentare de la nivelul zonelor gingivale hiperplazice, precum și prin prelevare de probe pentru examenele microbiologice din lichidul bucal, parodontial subgingival al dinților cei mai afectați, tartrul și dentina ramolită din procesele cariogene simple sau complicate.

În afară de acestea, s-au efectuat radiografii seriate ale întregului grup de dinți afectați. Din totalul de 8 cazuri selectate, la doi subiecți li s-a stabilit un model de tratament apiterapic, utilizând un produs melifer care, sub denumirea de „descăpăcitură” a fost aplicat ca produs terapeutic – pentru prima dată la noi în țară – în tratamentul afecțiunilor faringo-amigdalene și laringo-traheo-bronșice de către dr. Traian OLARIU. Descăpăcitura reprezintă o peliculă bogată în substanțe conservante naturale pe care o folosesc albinele la astupatul celulei pline cu miere naturală și pregătită ca rezervă de hrană și care are proprietatea de a conserva mierea cât mai bine și cât mai mult timp.

Cele două cazuri selectate, în vârstă de 14 ani, de sex feminin, prezentau gingivite marginale cronice la nivelul frontului maxilar, cu fenomene hiperplazice localizate. După consultație și precizarea diagnosticului li se administrează produsul apicol timp de 10 zile, câte o linguriță de 3 ori pe zi după mese, prin mestecare având contact prelungit cu paradonțiul dinților afectați, timp de 10-15 minute. După această perioadă resturile de ceară rămase în cavitatea bucală sunt eliminate fără a se efectua vreun lavaj bucal timp de 2 ore.

În această primă etapă aprecierea rezultatelor s-a făcut numai din punct de vedere clinic și anume, obiectiv, s-a observat dispariția fenomenelor inflamatorii acute reprezentate de hiperemia gingivală, turgescența papilelor interdentare și încetarea secreției seroase la nivelul pungilor existente. Subiectiv, dispar sângerările gingivale provocate de periajul dentar, se diminuează până la dispariție jena dureroasă masticatorie intermitentă de la nivelul dinților afectați și dispare halena orală.

Formele parodontopatie studiate sunt net frecvente și alertează atât fizic cât și psihic copilul în cauză și părinții. Aceste forme de parodontopatie sunt extrem de rebele la terapia obișnuită antiinflamatorie. Vigoarea modificărilor clinice, cu aspect uneori dramatic, nu este concordantă cu aspectele radiologice, care se mențin în linia normalului sau cuprind, în cel mai rău caz, doar superficial limbusul alveolar.

Examenelor paraclinice efectuate până în momentul de față nu au arătat modificări patologice evidente sau constante fiziologice anormale.

APITERAPIA CA ADJUVANT ÎN TRATAMENTUL HORMONAL DIRIJAT

Dr. Constantin NEACȘU

Medicamentul apicol

Vorbim astăzi, în mod obișnuit, despre medicament(e) ca o noțiune intrată în limbajul și implicit în viața noastră curentă*. Condiția de boală – în care se apelează la medicament – reprezintă acea stare a organismului în care se poate găsi la un moment dat, ce se caracterizează prin modificări fiziologice și/sau morfologice (mai corect morfo-funcționale) și care-l fac inapt pentru a-și desfășura starea sa biologică normală, denumită stare de sănătate.

Starea de sănătate reprezintă timpul de desfășurare a vieții organismului în condiții optime de funcționare: integritate anatomo-funcțională, funcții fiziologice normale (sau optime), randament de viață maxim pe plan psiho-socio-cultural, neuitând că omul reprezintă unica ființă existentă pe Terra cu aceste calități.

Condiția desfășurării vieții noastre terestre ca „oameni” se caracterizează printr-o permanentă relație între organism și mediul extern (mergând până la universul de care aparținem). Aceste relații sunt completate, în cazul omului, cu acelea rezultate din faptul că el trăiește sub formă organizată, de societate, ceea ce incumbă o altă categorie de relații umane, definite drept socio-culturale.

Starea de funcțiune biologică a organismului (timpul său biologic)⁸ se desfășoară, în consecință, în contextul unei multitudini de parametri care-l influențează (solicită) în grade diferite sub aspectul corelativ – complex bio-socio-cultural, implicit cel psihologic.

Ceea ce caracterizează procesul biologic în complexitatea sa, mai ales pentru om, este constanța valorică în timp a unor parametri calitativi și cantitativi. Această caracteristică biologică a organismelor superioare (inclusiv omul) definește homeostazia și este asigurată de o serie de sisteme denumite homeostatice.

Toate mecanismele din organismul uman sunt adaptate evolutiv să asigure această homeostazie pe toate planurile: morfologic, fiziologic, metabolic, psihologic etc. Homeostazia organelor și țesuturilor este „asigurată” și prin sistemul general de vehiculare a umorilor: sângele și limfa, cale pe care se realizează și accesul medicamentelor, în scopul acțiunii lor de readucere la valorile funcționale homeostatice. Substanțele reglatoare ale proceselor metabolice și fiziologice sunt vehiculate prin aceste umori la nivel celular și tisular, care definesc sistemul circulator.

În cadrul solicitărilor, cu diferite intensități și caractere etc. și în cadrul evoluției firești a organismului (creștere, îmbătrânire etc.) dinamica proceselor de menținere a homeostaziei diferă (variază), necesitând intervenția din afară prin

*Înțelegem prin medicament o substanță sau un grup de substanțe cu diferite origini – naturale sau sintetizate – care, introduse în organism, pe diferite căi (oral, injectabil, ionoforetic, difuzie etc.), au „sarcina” de a vindeca organismul aflat în stadiul de „boală”.

diferite procese (procedee) sau substanțe, ceea ce constituie „arsenalul” terapeutic al medicamentelor sau al substanțelor bio-active.

Reechilibrarea, adică reducerea la valorile homeostatice a unor factori biologici umorali sau tisulari (metabolici sau fiziologici) prin aceste mijloace farmacologice sau terapeutice definește medicamentul.

Medicamentul, așadar, indiferent de originea sa naturală (vegetală sau animală) sau artificială (sinteză chimică, extracție, soluție anorganică, complexe chimice etc.), reprezintă „entitatea” farmacologică de reglare a funcțiilor organismului.

Medicamentul „lucrează” asupra organismului pe baza unor legi bine definite, printre care cea mai generală este legea structură-funcțiune.

Se consideră că acțiunea de receptare a medicamentului la nivelul structurii fundamentale – celula –, se realizează prin intermediul unor substructuri informaționale biologice – „receptorii biologici”. Transmiterea informației chimice sau biochimice realizată de un medicament (simplu sau complex, direct sau în asociere), cu efectele sale asupra restabilirii homeostaziei celulare sau organismice, se obține prin mecanisme informaționale în relația: emițător (medicamentul), receptor (celula sau țesutul).

Medicamentele pot acționa asupra celulei sau țesutului(rilor) fie direct fie mediat (prin intermediul altor factori). În acest ultim mod efectul apare uneori „amplificat” în raport cu relația doză-efect. Lucrând la unele nivele de integrare (comandă) centrală, cu efect de dispeceerat, putem înțelege astăzi „efectul” medicamentului(lor) într-o altă lumină.

Conceptele moderne asupra organismului uman, văzut astăzi ca un sistem funcțional constituit din mai multe subsisteme integrate (sau integrabile)⁷ care se interconectează morfo-funcțional, ne ajută să înțelegem și să operăm mai bine cu aceste definiții în practica medico-biologică zilnică.

Din punct de vedere farmacologic, adică al capacității de acțiune specifică asupra organismului în general sau asupra funcției dereglate, medicamentul se consideră a fi eficient atunci când:

- lucrează cât mai specific (specificitate);
- acționează la o doză cât mai mică (sensibilitate);
- realizează o acțiune stabilă în timp (stabilitate);
- reduce șansa recidivelor (irreversibilitate);
- acționează fără efecte secundare sau reduse (toxicitate).

Medicamentul (compus singular sau de asociere) poate fi de origine naturală (produs ca atare sau prelucrat printr-un procedeu oarecare din sursă animală sau vegetală) sau produs de sinteză de laborator sau industrială (substanță putând fi identică sau similară cu cele naturale în compoziție). Exemplul hormonilor sintetici sau al altor substanțe este edificator.

Medicamentul asociat constituie astăzi o categorie care, deși este cunoscută de mult timp, a reintrat în atenția celor care se ocupă cu cercetarea și valorificarea – într-o modalitate științifică – „calităților terapeutice” ale produselor naturale, inclusiv cele apicole.

La ora actuală se cunoaște destul de bine mecanismul de acțiune a multor medicamente la nivel celular și subcelular, mergând până la nivel molecular

(farmacodinamica moleculară). Aceste mecanisme cer atât structuri moleculare deosebite ale mesagerilor farmacologici, cât și structuri specifice ale „receptorilor” celulari care primesc mesajul informațional chimic al medicamentului respectiv. De asemenea, transportul medicamentului de la poarta de intrare în organism – oral digestiv, intravenos, intraperitoneal, subcutanat, intramuscular, intradermic – și până la locul de acțiune, reprezintă o altă etapă în potențarea efectului medicamentului.

Arhitectura medicamentului ce cuprinde structura sa chimică, grupările active, forma de transport în sânge și țesuturi, etc., necesită din partea organismului punerea în funcțiune a unor multiple mecanisme.

În cazul medicamentelor compuse sau complexe se asociază componenta activă cu suportul de transport, care poate fi o substanță de biosinteză sau sinteză. Multe produse naturale constituie astăzi componente „eficiente” pentru potențarea acțiunii unor medicamente. În cazul produselor apicole, aceste activități pozitive asupra organismului le consacră pentru constituirea de medicamente complexe.

Un exemplu îl constituie produsele apiterapice realizate în cadrul Institutului de cercetare și dezvoltare apicolă, fiind vorba de combinațiile dintre miere și alte substanțe active, ca de exemplu săruri de fier, calciu, lecitină etc. Aceste „forme” medicamentoase conferă o eficiență farmaco-logică sporită și implicit un răspuns terapeutic mai evident. Combinarea substanțelor anorganice, precum sărurile minerale, cu diferite produse apicole (lăptișor de matcă, polen, păstură etc.) a oferit posibilitatea obținerii unor produse medicamentoase mai puțin toxice, mai bine tolerate sau absorbite, cu eficiență sporită etc.

Melcalcinul, Lecipolul, Polenolecitinul, Apilarnilul, Apimagul, dacă ne referim numai la câteva produse cu administrare orală, vin să se alăture unor formule de produse precum unguentele, soluțiile, loțiunile ș.a. ce se găsesc astăzi în arsenalul apiterapeutic românesc, consacrat și pe plan internațional.

Din „lupta” de început, cu milioane de ani în urmă, dintre străbunii noștri și albinele care erau deposedate de produsul lor principal – mierea –, rezultatul muncii lor, s-a format îndeletnicirea care a permis ca omul să se folosească de cele dintâi produse apicole: mierea și ceara.

Însă o dată cu consumarea fagurilor se consumau și celelalte produse legate de aceștia, formați mai întâi natural și organizat (dirijat). Mult mai târziu, în stupăritul rațional, sistem practicat în epoca contemporană, au fost puse în valoare celelalte produse apicole: lăptișorul de matcă, propolisul, veninul de albină, păstura etc., ajungându-se la clasificarea lor naturală actuală în produse directe și produse apicole derivate.

Produsele medicamentoase precum cremele, diferite preparate apicole ce se folosesc în tratamentele medicale în domeniul apiterapiei, constituie grupa medicamentelor derivate sau asociate. Produsele stupului sau o parte din ele dețin o multitudine de posibilități farmacologice (bioefecte), mergând de la postura de aliment (aport de substanțe energetice pentru organism) până la cea farmacologică propriu zis (specific medicamentos, selectiv, sensibil etc.), cu acțiuni secundare reduse.

Experiența empirică și cea medicală științifică (care a confirmat ulterior) a arătat că pentru organismul uman, mai ales, există o netă diferență în ceea ce

privește „eficiența farmacologică” a unor principii active în raport de „starea” lor de administrare: ca produs natural sau ca produs prelucrat. Un exemplu evident îl constituie mineralele (de exemplu, calciul și magneziul), care au viteze de absorbție și de eliminare diferite dacă sunt administrate sub formă de minerale simple sau asociate în contextul unor forme „naturale”. Se pare că formele asociate din natură reprezintă (conferă) randamente biologice superioare. Acest fapt poate fi socotit ca o „obișnuință” a organismului în decursul evoluției sale naturale ancestrale. De aceste condiții trebuie să ținem seama în mod obligatoriu astăzi, când omul s-a îndepărtat mult de condițiile naturale proprii vieții sale, prin tehnosfera pe care și-a creat-o el însuși.

Utilizarea, așa cum am văzut, a produselor stupului nu numai ca principii alimentare complete, dar mai ales ca principii active terapeutice (asociate sau nu) a determinat ca preocuparea omului asupra albinei să capete un caracter ferm și precis organizat, născându-se chiar o disciplină bine definită, respectiv apicultura.

Organizată pe principii științifice, apicultura nu mai constituie astăzi o îndeletnicire secundară (de recreere sau hobby), ci o activitate susținută de cercetări științifice atât asupra albinei și biologiei sale, cât și asupra produselor apicole (clinice și experimentale). În plus – la ora actuală – s-a impus și interferat cu domeniul ecologiei și poluării, pentru ambele aspecte: albina și produsele sale.

Domeniul apiculturii a căpătat evident un caracter interdisciplinar, plecând de la domeniile menționate și continuând, firească, cu selectarea și sortimentarea produselor stupului, implicit tehnologiile stupăritului modern. În plus, evidențierea activităților terapeutice ale produselor apicole a deschis perspective cercetării medico-biologice cu impact asupra ecologiei umane. Apicultura și apiterapia au devenit astăzi nu numai un deziderat „logic” de a fi împreună, ci o „necesitate” firească, obiectivă și cu perspectivă certă.

În același context interdisciplinar se situează și nivelul profesional al apicultorului, tehnologiile moderne ale domeniului cuprinzând și domeniul biologiei animale, pe lângă cel al ecologiei și chiar al biochimiei, mai ales în ceea ce privește obținerea de produse apicole cu calități biologice de bună factură, respectiv cu un bun efect terapeutic. Toate aceste deziderate se „impun” ca o necesitate obiectivă, deoarece medicamentele apiterapice complexe sau asociate constituie la ora actuală un grup important și solicitat în arsenalul terapeutic, dar și preventiv.

Referindu-ne la medicamentele apiterapice, le-am putea caracteriza prin următoarele:

- reprezintă produse naturale asimilabile de către organismul uman, care nu dau în mod obișnuit reacții secundare;
- prezintă o toxicitate minimă, efectul toxic manifestându-se numai la doze foarte mari și în timp îndelungat;
- au efecte de potențare prin acțiuni complexe asupra organismului, prezentând și o condiție „optimă” de transport propriu sau al altor substanțe asociate;
- prezintă un cost relativ redus față de alte categorii de substanțe;

- reprezintă un potențial de „eficiență” deosebită în cadrul grupului de factori de prevenție – una din preocupările ce se impun astăzi în mod pregnant în medicina modernă și de viitor.

Cunoașterea reciprocă dintre apicultură și apiterapie, ca două forme profesionale ale aceleiași preocupări ale omului contemporan, trebuia să se „solidifice” prin același liant uman: cooperarea.

Prin modul de comportament în viața lor biologică, albinele realizează un adevărat sistem integral, asigurând și o reală integrare între regnul vegetal și animal, și în special cu omul.

Integralitatea, ca expresie a unui anumit tip de corelații ale acțiunilor și atitudinilor în timp a unui sistem în funcțiune, cuprinde etape specifice extrem de interesante. De reținut, după părerea noastră „ciclicitatea” sau ritmicitatea acestor procese, începând cu faptul că fiecare sezon astronomic vine cu un caracter floral specific, apoi ritmurile circadiene ale activității enzimatică incriminantă în complexul proces de formare a mierii sau a unor derivați ai săi în stup. Este vorba atât de producerea acestor enzime în organismul albinei cât și de mecanismele de prelucrare a nectarului, polenului etc. În acest sens s-a remarcat că produsele melifere, ca expresie „prelucrată” a naturii vegetale, produc modificări pozitive (uneori și negative în raport de doză) asupra sistemelor metabolice din organismul uman. De aici tendința spre cercetarea acestor corelații, cercetare care astăzi a căpătat un cadru organizat și susținut de către institute întregi. Polimorfismul unor acțiuni ale produselor melifere a fost sesizat în decursul timpului, în mod empiric, crescătorii de albine având un anume „comportament” biologic. Este cunoscut, de asemenea, tabloul specific al îmbolnăvirilor sau rezistenței la boli ale apicultorilor.

Consumul de produse apicole (mierea, propolisul, polenul, lăptișorul de matcă, păstura etc.) în mod susținut, ca și înțepăturile (aleator sau organizat) cu veninul de albină au făcut ca astăzi – când problema apiterapiei a devenit un domeniu de preocupare medicală și în țara noastră, care are o străveche tradiție apicolă – să constituie o fermă necesitate de studiu organizat bio-medical.

Studiul izolării principiilor biochimice active, a purificării lor, pentru obținerea unor efecte mai puternice (randament crescut), studiul activității farmacologice (acțiuni generale sau localizate pe unele afecțiuni) au intrat în preocuparea constantă a unor unități de lucru consacrate, căpătând și un conținut vădit interdisciplinar.

De la tehnologiile moderne, privind obținerea și recoltarea produselor apicole – ceea ce implică unele dotări tehnico-industriale și până la izolarea unor principii active biologic s-a impus contribuția unor discipline privind profilele de: chimie organică, chimie analitică, biochimie, biologie, farmacologie (și în viitorul apropiat de biologie celulară și moleculară), fapt care atestă multidisciplinaritatea domeniului. Testarea – după criteriile de cercetare științifică a acțiunilor biologice, metabolice sau farmacodinamice – a diferitelor produse purificate implică, de asemenea, o interdisciplinaritate asigurată de o pluridisciplinaritate tehnologică.

Conceptul biologic asupra organismului uman ca sistem integral

Complexitatea organismului uman este astăzi un fapt recunoscut unanim, constituind una din trăsăturile esențiale ale gândirii biomedicale actuale. Înțelegând integralitatea drept totalitatea relațiilor dintre structură și funcție în condițiile unui schimb permanent cu mediul (integrarea endo și exocorporală), trebuie să ne referim și la calitatea specifică de a produce plus informație, incluzând și creativitatea¹.

Evoluția conceptelor despre organismul uman, despre om în general, a parcurs un drum ascendent continuu, conținutul acestor concepții devenind din ce în ce mai complex și în același timp mai operațional din punct de vedere medico-biologic.

În etapa actuală definirea sistemică a omului a deschis perspective noi și cuprinzătoare, concepțiile moderne ale ciberneticii devenind instrument de mare eficiență pentru gândirea biologică.

„Utilizarea” conceptului de organism ca sistem integral (NEACȘU, PARTHENIU, SĂHLEANU, NICOLAU, BĂLĂCEANU-STOLNICI ș.a.) oferă, pe lângă o cunoaștere completă și complexă a acestuia, și o modalitate de „operare” mai eficientă în înțelegerea mecanismelor biologice (biochimice, hormonale, fiziologice etc.) ce se desfășoară atât în condițiile de funcționare normală (fiziologice), cât și anormală (fiziopatologice).

În acest cadru conceptual au apărut câțiva parametri derivați și anume:

- existența, în mod necesar, a unor subsisteme (care la rândul lor pot fi considerate ca sisteme integrabile) care să „realizeze” și să „asigure” relațiile integrative ale organismului uman (sau ale omului în general, ca ființă bio-psiho-socio-culturală), atât pe plan endocorporal, cât și pe cel exocorporal;

- relațiile omului cu lumea externă (raporturi exocorporale) se bazează pe existența mecanismelor informaționale (emițător-receptor de tip „informație biologică”⁴);

- factorii exogeni: fizici, naturali sau artificiali, cosmici, chimici, socio-culturali, etc. interacționează cu organismul uman, declanșând mecanisme de reacție diferite calitativ și cantitativ în cadrul menținerii homeostaziei;

- factorii exogeni care acționează asupra organismului determină răspunsuri diferențiate în raport de sex, vârstă, timp de acțiune, frecvență de influențare, de bioritm și biotipul uman, determinând stadii disfuncționale ce pot degenera în patologic.

Operarea cu noțiunea sau conceptul de sistem integral include și acceptarea structurării organismului pe bază de subsisteme, entități care asigură, prin inter-dependența lor morfo-funcțională, această integrare a relațiilor endo și exocorporale, adică a celor care se desfășoară în interiorul sistemului (organismului) și, respectiv, care se stabilesc cu mediul exterior, în flux continuu reciproc.

Evoluția organismelor către formele superior organizate a determinat „selectarea” și „adaptarea” unor subsisteme care s-au „specializat” pentru o anumită categorie funcțională, implicit de relație.

Un exemplu elocvent în acest sens îl reprezintă Sistemul Neuro-Endocrin (SNE), mai ales pentru organismul uman.

Structura și funcțiunea (într-un cuvânt arhitectura) acestui subsistem cuprinde mecanismele neuro-endocrino-metabolice care asigură homeostazia, ca o condiție fundamentală necesară organismului.

Componenta nervoasă din SNE asigură integrarea fiziologică și psihologică, iar componenta endocrină din acest sistem, prin coordonarea glandelor din sistem, asigură integrarea metabolică a componentelor proprii și a celor nervoase inclusiv. Aceasta este posibil de realizat prin mecanismele informațional-biologice, via mesagerii hormonali, clasă de substanțe fundamentale din grupa informațional-biologică de tip informație biochimică.

Stadii de alterare a bunei funcționalități (ce definesc disfuncția) a glandelor endocrine, determinate mai ales de condițiile de suprasolicitare (stres psihic și/sau somatic), apar astăzi cu o frecvență mereu sporită⁵.

Sistemul neuro-endocrin reprezintă, așadar, subsistemul integrator esențial în organism, asigurând și funcționalitatea altor subsisteme cu asemenea funcții, cum ar fi sistemul imunitar ș.a. De aceea diferitele stări funcționale ale acestuia (calitativ sau cantitativ), instalate la un moment dat, fac ca și alte subsisteme să-și modifice randamentul lor biologic, cu ecou evident în cadrul „economiei funcționale vitale” care definește homeostazia.

Deși adaptarea și perfectibilitatea reprezintă caracteristici fundamentale ale organismelor superioare (mai ales pentru om), ele putându-se desfășura cu o dinamică imediată sau cronică, randamentul lor diferă de la un organism la altul (vârstă, sex, adaptare etc.) în raport de „fiabilitatea” lor biologică³.

Mentținerea homeostazei necesită – în raport de gradul de solicitare al organismului – valori ridicate de energie biologică, energie care se asigură în mod natural prin aportul alimentar zilnic. Când organismul este solicitat într-un grad mai mare, se impune un aport crescut, acoperitor calitativ și/sau cantitativ pentru momentul sau perioada respectivă. Această condiție atrage după sine o altă și anume aceea de „valoare nutritivă”.

Calitatea energogenă a produselor stupului le conferă un loc prioritar în topul alimentelor complete biologic, atât prin conținutul lor biochimic, cât și prin calitatea de a putea fi absorbite în organism extrem de facil, până la nivel celular. În plus, faptul că aportul alimentar energetic este tributار și modalităților de preparare - „arta culinară” a omului modern plătește un tribut masiv calității de energetic biologic -, face ca produsele apicole să joace un rol de primă mână. Conținutul mierii de albină și a celorlalte produse ale stupului, în principii active importante pentru organism, precum săruri minerale, zaharuri, enzime, vitamine, hormoni, a făcut ca acestea să dețină, în arsenalul energetic al omului, un loc important. În plus, efectele farmacologice oferite de produsele stupului, ca produse naturale, a făcut ca ele să intre și în strategia și tactica medicală de vindecare sau reglare a disfuncțiilor, alături de prevenție și păstrarea sănătății, ca atitudine activă din partea omului modern.

Mecanismele neuro-endocrino-metabolice antrenate în apiterapie

Prin nivelul la care por „acționa” diferitele produse apiterapice se evidențiază implicit caracterul interdisciplinar al apiterapiei.

Astfel, efectul favorabil al veninului de albine asupra circulației sangvine la om este cunoscut din timpuri străvechi. Aceste efecte au fost relatate de la ganglioplegie până la efecte asupra creierului. Din punct de vedere clinic acțiunea veninului de albine se manifestă sub diferite forme, de la cea pozitivă farmacologic – utilă în terapie – la cea toxică, cu diferite tulburări.

Studiul acțiunii toxice a veninului de albine asupra sistemului cardiovascular a fost început acum 50 de ani și este continuat și astăzi. Experimental, acest studiu a fost sistematic efectuat prima dată de N.M. ARTEMOV și colab. (1951), observându-se că diluții mari (1/5.000-1/50.000) determină reducerea contracțiilor pe inima de broască, crescând tonusul ventricular și apărând aritmia, pe lângă blocajul de ramură. Este interesant că veninul anihilează unele efecte ale nervului pneumogastric asupra inimii, rămânând insensibil la acetilcholină.

Pe inima perfuzată de pisică s-a observat că diluția 1/5.000 determină un stop ireversibil, efectul inhibitor fiind însoțit de acțiunea negativ cronotropică și miotropică. Diluțiile mari (1/100.000) au un efect inhibant redus asupra inimii, cu scăderea numai a amplitudinii contracției și cu disritmie. S-a observat o bradicardie sinusală imediat după injectare, asociată uneori cu extrasistole. Dozele mari determină tulburări mai serioase cu revenire după 60 de minute a traseelor EKG. Inoculările repetate determină un bloc atrioventricular, repetarea dozelor subletale făcând ca blocul să fie asociat cu modificarea traseului QRS și cu creșterea undei T.

Dacă veninul este administrat intern, activitatea inimii este puternic disturbată. Administrarea intradermică a veninului produce modificări mult mai reduse, introducerea în circuitul sangvin a dozei toxice determinând reacții reflex neuronale. Dozele letale de venin de albine par nu numai a disturba nervii centrali și intracardiaci, dar și a afecta direct sistemul cardio-vascular, implicit centrul de automatism al acestuia.

Un efect important cardiotoxic al veninului constă în perturbarea fluxului coronarian, care poate fi apreciat prin reducerea volumului de perfuzare a inimii izolate. Se pare că efectul este în relație directă cu conținutul în melitină al veninului, substanță capabilă să contracte mușchii netezi. De asemenea, trebuie reținută și relația cu conținutul în histamină al veninului.

La introducerea veninului cu ajutorul ionoforezei prin ultrasonare, asupra țesuturilor s-a arătat că se produce: creșterea numărului de mastocite active, cu creșterea granulelor – deci a substanței mucopolizaharidice – hiperemie cu hiperhidratare și cu inhibiția cholin-esterazei.

Stimularea metabolismului mucopolizaharidelor are efect stimulator prin intermediul axului hipofizo-suprarenal (demonstrată prin reducerea acidului ascorbic în glandă), cu eozinopenie, o activitate enzimatică puternică și o marcată reacție osteoblastică. Permeabilitatea capilarelor are un caracter local, mastocitele descărcând histamina, serotonina și catecholaminele ce determină modificări de permeabilitate. Hialuronidaza din venin pare a interveni în reacțiile locale.

Introducerea ionoforică a veninului în aria dureroasă determină detașarea curbei patologice în aria sau zona vegetativă. Efectul favorabil al veninului de albine este cunoscut și în relația cu afecțiunile reumatice și maladiile hipercronice

(experimental sau uman), în legătură cu bolile vasculare obliterante și degenerative, prima observație clinică privind efectul veninului fiind raportată în 1960. Efectele curative ale acestui produs apicol au fost semnalate în numeroase lucrări la congresele și simpozioanele internaționale ale Apimondiei¹⁰.

De asemenea, potențarea efectului terapeutic al antibioticelor de către propolis, pe lângă acțiunea proprie antibacteriană și cicatrizantă, atestă participarea acestui valoros produs apicol la mecanismele imunitare ale organismului (titrul imunitar a fost găsit crescut la animalele care au primit și propolis, față de martor).

Este indeobște cunoscută activitatea biologică a lăptișorului de matcă prin proprietăți anabolice la indivizii slabi, determinând la cei bătrâni o creștere în greutate, pe lângă reducerea durerilor în convalescențele chirurgicale. Efectul de reglare a capacității imunitare în autoimunitate este o altă latură de bioactivitate pozitivă a lăptișorului.

Polenul este un alt produs bioactiv, cules cu atâta trudă de albine, atestat ca având certe efecte pozitive în unele afecțiuni ginecologice sau neuroendocrine. Multe din efectele acestor produse apicole au putut fi explicate mai bine după apariția lucrărilor de cercetare cu conținut biochimic analitic și biomedical, cunoscându-se factorii activi componenți, de la minerale până la moleculele complexe glicoproteice, lipoproteice etc.

Tratamentul hormonal dirijat (THD) – metodologie corelativ-complexă în terapia endocrină și în reglajul disfuncțiilor neuro-endocrino-metabolice

Operarea cu conceptul de „sistem corelativ-complex” atribuit organismului uman, și implicit a existenței unor subsisteme integratoare ale relațiilor endo și exocorporale privind asigurarea homeostaziei acestuia, conduce la o metodologie practică medico-biologică adecvată. În condiții fiziopatologice de dereglare sau de boală, când organismul nu mai poate face față parametrilor antagonici sau de solicitare ce pot modifica homeostazia, atitudinea terapeutică corespunzătoare capătă „caracteristici”, de asemenea, corelative, atât sub aspect calitativ cât și cantitativ.

În condițiile disfuncțiilor sistemului neuroendocrin, mai ales, individualizarea categoriei modificărilor hormonale – spre exemplu – pe lângă cele metabolice – în cadrul stadialității hormonale care o guvernează –, determină, în limita conceptului de Tratament Hormonal Dirijat (THD)⁹, și posibilitatea individualizării schemei de tratament. Urmărirea pe etape a fiecărui organism care prezintă semiotica clinică și/sau metabolică a unei disfuncții neuroendocrine capătă asigurarea unui randament mai ridicat în obținerea reglării la parametri optimali ai organismului respectiv.

Cum răspunsul terapeutic, și la ora actuală, se apreciază pe baza reversibilității anatomo-clinice sau anatomo-histologice, eficiența este în primul rând „cotată” prin acești parametri. Dacă includem și relația endocrino-metabolică în dinamica transformării funcționale a receptorului hormono-dependent, atunci interpretarea, sau mai bine zis efectul său, se realizează după alți parametri și într-o altă optică, ce include, în mod necesar, parametrul timp.

Din aceste considerente, în conținutul THD este cuprins acest parametru – timp – în ideea că „intensitatea” efectelor de reglare a nivelului hormonal (în primul rând la nivelul receptorilor hormonal și a biosintezei) nu se poate obține la valori mari efecte imediate ale acestuia, mai ales când conținutul tratamentului nu a fost individualizat în ceea ce privește stadiul biologic al organismului respectiv.

În plus, conceptul THD include asigurarea eficienței modelului terapeutic aplicat fiecărui organism în parte și prin controlul periodic susținut (1-3 luni) pentru urmărirea dinamicii de reglaj, în primul rând prin raportul concentrație hormonală/stadiul anatomo-clinic și fiziologic.

Fideli relației endocrino-metabolism/dinamică funcțională, bineînțeles și cu corespondența anatomo-funcțională (inclusiv semnele clinice specifice), considerăm că o eficiență reală a acțiunii schemei de tratament trebuie să fie oglindită, în primul rând, printr-o modificare pozitivă în dinamica revenirii hormonemiei către zona valorilor normale (sau optime) ale organismului respectiv (homeostazia endocrină) și apoi a modificărilor anatomo-clinice spre dezideratul final: *restitutio ad integrum*.

Individualitatea THD se poate realiza printr-o baterie de investigații paraclinice și clinico-semiotice în momentul începerii schemei individualizate (timpul T_0), această individualizare trebuind să se bazeze pe caracteristicile endocrino-metabolice ale biotipului analizat, alături de caracteristicile biocronologiei respective^{2,8}.

Eficiența THD este completată și prin alți doi parametri incluși în strategia sa și anume „adresabilitatea” simultană la mai multe subsisteme angrenate în procesul fiziopatologic sau disfuncțional (în lumina conceptului de organism = sistem integral) și urmărirea dinamicii efectelor terapiei(ilor) în decursul timpului de aplicare (durata tratamentului), implicit a ritmului acestuia. În acest mod se realizează caracterul corelativ-complex al actului terapeutic cu desfășurarea sa în timpul fizic.

Adresabilitatea farmacologică a parametrilor incluși într-o asemenea schemă este multiplă, sincronă și simultană, oferind efecte mai eficiente pe mai multe planuri ale homeostaziei. În acest context ideea acțiunii „generale” a unui produs utilizat drept medicament cuprinde și grupul de substanțe apicole care, aparținând familiei substanțelor „naturale”, sunt valorificate cu un randament mult mai mare farmacologic de către organism. Ele dețin și calitatea de a fi utilizate direct, imediat și fără riscuri de toxicitate crescută.

Efectul adjuvant al apiterapiei în cadrul THD a disfuncțiilor neuro-endocrino-metabolice

Strategia studiului nostru desfășurat pe parcursul unei perioade de aproximativ 8 ani a cuprins ideea urmăririi unor entități gnoseologice caracteristice dereglărilor unor axe coordonatoare din SNE. Astfel, în cursul acestui studiu am „selectat” și grupat entități funcționale ale axelor:

- tireo-ovarian;
- hipofizo-tiroidian;
- hipofizo-gonadic;
- suprarenogonadic

și, de asemenea, unele entități endocrino-metabolice precum spasmofilia asociată frecvent, prin mecanismele care o determină, cu diferite stadii disfuncționale ale axului tireo-paratiroidian.

I. În modelul de studiu privitor la efectul adjuvant al apiterapiei în **disfuncțiile axului hipofizo-tireo-ovarian** s-a cercetat unul din produsele apiterapice existente farmaceutic, sau asocierea mai multora, pentru a surprinde cât mai obiectiv efectul său în modalitatea folosirii unice, pe lângă efectul de „amplificare” posibilă în eventualitatea asocierii lor. În plus, existența modificărilor simultane face ca surprinderea efectelor biologice benefice să nu poată fi, de cele mai multe ori, decât o „rezultantă” asociativă.

Referitor la axul hipofizo-gonadic, lotul experimental a cuprins aproximativ 200 de cazuri între 20 și 60 de ani, femei și – comparativ – un lot de bărbați între 16 și 60 de ani (30 de cazuri).

Dintre parametrii esențiali, cei psiho-fiziologici și anatomo-clinici au constituit cadrul acestor investigații [prezența sau absența menstriei sau a climaxului în raport de vârstă, regularitatea, fluxul etc.; prezența dismenoreei și caracterul ei, a mastodiniilor; starea psiho-funcțională și randamentul în activitatea zilnică; activitatea sexuală; prezența disfuncției hepato-biliare (antecedente hepatitice), diskineziile etc.; starea somnului și randamentul psiho-motor, randamentul în muncă ș.a.], conform unei fișe de consultație propusă din anul 1986.

Studiul clinic a inclus în mod organizat, individualizat și periodic, obținerea de date corelative grupate pe:

- elemente de analiză:
 - menstra și dinamica (fiziologia actuală);
 - frecvența tulburărilor (inclusiv debutul);
 - durata perioadei de disfuncție (ritmicitate sau nu);
 - intensitatea tulburărilor (variabilitate);
 - tratamentele anterioare (eficiența altor terapii);
 - recidivarea simptomelor (revenire spontană sau nu);
 - sarcini și dinamica lor;
 - elemente de stres psiho-somatic în activitate
- elemente de dinamică hormonală;
- probe clinice;
- determinări hormonale (sânge, urină, teste funcționale);
- elemente de dinamică a disfuncției sexuale:
 - legate de apariția dismenoreelor, amenoreelor, climax;
 - caracterul disfuncției (intensitate, frecvență etc.);
 - elemente de disconfort (modificări de libidou, alte simptome).

Tratamentul aplicat a fost individualizat ca doză, ritm, timp, vârstă, sec etc.:

- pentru disfuncția gonadotropă: hiper FSH sau LH, respectiv ICSH sau stadiul de hipo total sau parțial, a cuprins: Conecama-E5 inj.im. la 2 zile seriat lunar, Fosfobion asociat sau nu cu vitamina B₁ (programate în raport de ciclu);
- pentru disfuncția ovariană hiperfoliculinică și/sau hipoprogesteronică: Conecama-E5, asociat sau nu cu Fosfobion, în ritm și doze raportate la caracteristicile ciclului sau în amenoree; Progesteronă (sau Medroxiprogesteron);
- pentru disfuncția neurală cu simptomatologie psiho-nevrotică: Distonocalm, Extraveral, Meproamat, Lauronil, Ludiomil, Meclofenoxat în asociere cu Lecipol, Polenolecitin, Apilarnil;
- pentru disfuncția metabolică (sindromul spasmofilic cel mai frecvent) – aport de calciu și magneziu (a se vedea capitolul consacrat din lucrare), mai puțin calciu lactic și Trimagam care au prezentat eficiențe reduse în cazuistica noastră.

Rezultatele obținute și discutarea lor

Din cercetarea datelor anamnestice privind parametrii anatomo-clinici și psiho-fiziologici putem reține:

- apariția la etapele considerate normale a unor procese fiziologice nu mai este asigurată statistic, nemaiaivând un caracter de generalizare sau de normalitate, atestându-se o reală modificare a „fiabilității biologice” a organismelor în condițiile actuale de viață³; alterările sau modificările tabloului fiziologic datorându-se diferiților factori de interferență (relațiile exocorporale) surveniți în viața organismului respectiv;

- frecvența mărită a modificărilor funcționale normale încă de la vârste mici – în condiții de relații exocorporale stresante raportate la structura psiho-fiziologică individuală;

- scăderea „rezistenței” biologice mai evidentă la organisme care au avut o activitate mai puțin ordonată, inclusiv a igienei de viață personală sau a caracterului activității profesionale;

- frecvența crescută a sindromului spasmofilic asociat, mai ales la femeile între 18 și 48 de ani, cu accentuare simptomatică în preclimax;

- asocierea mastodiniei și/sau mastopatiei în proporție semnificativă cu sindromul spasmofilic (apreciem similar caria dentară);

- asocierea disfuncției tiroidiene, ca și exacerbară simptomatică față de frecvența observată de noi anterior (exemplu 1984-1985).

Din urmărirea eficienței schemelor terapeutice individualizate (reducerea simptomatologiei de disconfort pe mai multe planuri, revenirea la o stare biologică bună, randamente îmbunătățite în activitatea zilnică și profesională, stare generală bună ș.a., reglarea funcțiilor fiziologice) s-au desprins următoarele:

- un evident efect adjuvant potențator al produselor apiterapice utilizate în THD în stările disfuncționale pregnante ale axului hipofizo-tireo-ovarian, mult mai evident la femei. Tratamentul prelungit (mergând până la 10 luni) în asemenea condiții, trebuie efectuat în perioade repetabile (20 de zile lunar, serii de 3-4 luni, cu pauză între serii de 1-2 luni);

- disfuncția gonadică (dismenoreea, tulburările de climax sau preclimax, mai ales mastopatia etc.) beneficiază evident, prin revenire paraclinică de laborator și simptomatic (fiziologic), de formule asociate de api și hormonoterapie, atât pe linie hormonosecretoare (nivel redresat al hormonoemiei, deci al stației

secretoare), cât și la nivel periferic, cuprinzând linia receptorilor celulari și tisulari. Totodată, s-a putut observa și o scurtare a timpului de redresare a unor factori metabolici generali ca ecou al reglării și altor organe (de exemplu, funcția hepatică formatoare de fracțiuni albuminice cu funcție de transport hormonal, al metaboliților etc.);

- se poate realiza prin terapia asociată hormono-apiterapie o scurtare evidentă a timpului de recuperare biologică, rezultate pozitive fiind observate, la loturile studiate, la 60-70% din cazuri;

- redresarea simptomatologiei spasmofilice a fost asociată cu aceea a disfuncțiilor gonadice mai repede și mai frecvent la organisme cuprinse între 30 și 50 de ani, cele cuprinse între 50 și 68 de ani prezentând o dinamică mai lentă, deși au răspuns în proporție mai mare în condițiile asocierii cu produse apicole;

- la bărbați asocierea hormonoterapiei cu apiterapia adecvată disfuncției neuro-psihiice a dat bune rezultate, un răspuns evident fiind decelat la aproximativ 80% din cazurile din studiu, față de o terapie cu adresă singulară pentru planul gonadic;

- timpul preconizat pentru obținerea unor rezultate clinico-biologice stabilizate depinde de biostructura fiecăruia (arhitectura biologică și fiabilitatea biologică individuală) și se poate aprecia la aproximativ 1/5 din perioada instalării și sesizării disfuncțiilor (simptomatic și fiziopatologic);

- datorită observării unei interferențe evidente asupra stării funcționale a unor glande endocrine a administrării prelunge și necontrolate a polenului (mai ales nativ), se preconizează ca asocierea acestui produs apicol să se facă sub control, în raport de starea funcțională a compartimentului endocrin, mai ales în condițiile unui hiperfoliculinism relevant clinic și prin laborator, la femei, sau a unei sensibilități hormonale a prostatei, la bărbați. Antrenarea „șuntului” biosintezei steroidice – în unele organisme feminine și/sau masculine – via suprarenală (zona steroido-formatoare) face ca administrarea polenului – mai ales în doze mari și prelunge – să se facă cu prudență, individualizat și sub îndrumare calificată, deși acest produs apicol este considerat în general ca aliment generator de energie. A nu se omite calitatea sa supremă naturală de factor hormonal masculin al majorității plantelor de pe Terra;

- necesitatea urmăririi (în completare) eficienței produselor apiterapice în tratamentul asociat hormonal (în lumina considerării funcției de sistem integrator general al SNE) prin studii paraclinice (biologice, fiziologice, metabolice, hormonale) de laborator, pentru mărirea randamentului de redresare clinico-fiziologică a organismului.

De fapt, datele din literatură privind influența apiterapiei asupra modificărilor endocrine din sfera hipofizo-gonadică includ preocupările diferiților cercetători care au realizat (deși neorganizat) observații experimentale sau clinice. Aceste observații culese se referă la diferite condiții privind atât organismul și starea sa fiziologică sau fiziopatologică, cât și produsul administrat; în plus, au fost relevate și date asupra dozelor și ritmurilor de administrare.

Referitor la acțiunile diverselor produse apicole asupra sistemului endocrin, aceste date, deși puține, au sesizat interferența dintre apiterapie și activitatea acestui subsistem integrator, nu numai când adresabilitatea

tratamentului era „directă”, ci și în condițiile unei adresabilități către alte sisteme afectate din organism.

Se remarcă însă puține preocupări privind interferența apiterapiei asupra axului hipofizo-gonadic, majoritatea interesului asupra acestei zone aparținând – până în prezent – grupului din România. De reținut relatările lui A. CAILLAS privind acțiunea polenului asupra prostatei (1956) și ale lui BELFEVER și GAUTRELET privind acțiunea lăptișorului de matcă asupra suprarenalei, precum și relatările lui A. DALION cu referire la modificările histologice. În perioada 1962-1964 se relevă și relatările lui F. KUTHAN despre acțiunea veninului în asociere cu hidroclortizon și despre interferența hormonoterapiei cu hormoni steroizi în unele afecțiuni ale componentelor SNE. În anul 1973, PARTHENIU și NEACȘU¹⁰ relatează despre interferența neuro-endocrină pluriglandulară a veninului de albine, iar N. MIHĂILESCU despre acțiunea polenului asupra activității sferei genitale la femei.

II. În cadrul cercetării apiterapiei în THD a **disfuncțiilor** în care este implicat, mai pregnant **axul tiro-gonadic** s-a urmărit pe loturi separate în timp (perioadele 1985-1989), cuprinzând pacienți de ambele sexe (150 de femei și 25 de bărbați), posibila influență a produsului Melcalcin asociat cu alte terapii, precum și efectul asocierii Lecipolului și Apilarnilului (lot de 170 de femei și 30 de bărbați), vârsta fiind cuprinsă între 18 și 68 de ani.

În condițiile actuale ale dinamicii societății moderne, relațiile exocorporale capătă valențe deosebite calitativ și cantitativ, cu rezultat manifest asupra organismului uman evidențiat clinic și patofiziologic printr-o solicitare a diferitelor axe integratoare, precum cel tiro-gonadic (în asociere quasi permanentă cu manifestări metabolice coordonate de axul tiro-paratiroidian).

Evidența metabolică tiroidiană în asociere cu paratiroida se traduce prin modificările metabolismului ionilor de calciu și magneziu mai pregnant (alături și de sodiu și potasiu).

În acest context corelativ starea disfuncțională afișează o gamă variată de semne clinice semiotice care aparțin diferitelor subsisteme, de la cefalee și insomnie (cu vise colorate sau nu), până la tulburări motorii spastice sau vizuale sau de nutriție.

Se impune așadar atitudinea de adoptare a unei politerapii simultane, care să antreneze și să se adreseze diferitelor segmente disfuncționale: SNC, SE, SNV, metabolism etc.

Tabloul disfuncțional la lotul cercetat a cuprins, pe lângă semnele de spasmofilie, și alte diagnostice în proporțiile:

spasmofilie cronică	56,0% din totalul de cazuri
dismenoree	23,8% din totalul de cazuri
mastopatii	23,8% din totalul de cazuri
nevroze	23,8% din totalul de cazuri
tulburări tiroidiene	30,6% din totalul de cazuri
tulburări în climax	26,1% din totalul de cazuri
condiții de stres psihic	17,0% din totalul de cazuri
tulburări în dinamica sexuală	71,4% din totalul de cazuri
alte afecțiuni	21,4% din totalul de cazuri

Analiza datelor paraclinice de laborator privind starea funcțională tiroidiană periferică (testul T3 și T4) arată o distribuție a concentrației „normale” a acestor hormoni doar la 57% din cazuri, restul de valori fiind distribuite astfel:

T4 normal-T3 hipo = 17,1%,

T4 normal-T3 hiper = 11,4%,

T4 hiper-T3 normal = 14,2%.

În ceea ce privește „distribuția” valorilor în aria normalului se poate observa o densitate evidentă a valorilor minime pentru T3 și o concentrare a valorilor mari ale T4. De reținut că T3 = triiodotironina reprezintă factorul major al activității metabolice a glandei tiroide (la nivel membrană mitocondrială etc.).

În privința valorilor sangvine ale calciului și magneziului s-a relevat o pondere evidentă a hipocalcemiilor asociate cu hipomagnezieemie, urmate procentual de normocalcemie cu hipomagnezieemie, atât la femei, cât și la bărbații consultați. De remarcat frecvența mare a valorilor scăzute ale magneziului, cu efecte evidente clinic, chiar dacă nivelul calciului se găsea în zona zisă normală (după standardele de laborator uzuale).

Tratamentul acestui tablou gnoseologic disfuncțional, cu caracter de sindrom, a cuprins pe lângă medicația cu adresă SNC și SNV (în paralel cu cea adresată zonei metabolice) și administrarea produsului apiterapic ce conține o formă extrem de facilă de resorbție de calciu: Melcalcin. Administrarea s-a efectuat pe grupe de pacienți după modelul:

- Melcalcin (2 lingurițe/zi timp de 20 zile/serie);

- Melcalcin+Pantotenat de calciu (2 fiole buvabile/zi, timp de 20 de zile);

- Pantotenat de calciu (2 fiole buvabile/zi, timp de 20 de zile).

S-a observat o reducere atât a semnelor specifice hipocalcemiei cât și a celorlalte semne a disfuncțiilor asociate (caracterul somnului, anorexia, anxietatea, tulburările gastrice, dismenoreea – la 5% din cazuri, pierderea ponderală etc.) mai evident la lotul cu Melcalcin asociat cu pantotenat de calciu, urmat de grupul cu Melcalcin. S-a relevat și o evidentă deosebire și în ceea ce privește timpul de obținere de bune rezultate: respectiv 2-3 serii la primul lot față de 4-5 serii la celelalte. Se poate emite aprecierea că Melcalcinul asociat prezintă un efect mai pronunțat față de alte forme de calciu existente sub diferite forme farmaceutice.

Pe un alt lot de cercetare – în contextul preocupărilor de studiu ale apiterapiei în disfuncțiile neuro-endocrine asociate cu cele metabolice – s-a urmărit efectul asocierii mai multor produse și anume: Apilarnil și Lecipol (sau Polenolecitin), alături de produsul Aspacardin. Lotul a cuprins cazurile menționate în preambulul capitolului, prezentând următoarele stări disfuncționale ale compartimentului neuro-endocrino-metabolic (perioada 1986-1988):

- tulburări tiroidiene	87% din total lot
- spasmodic asociată	80% din total lot
- disfuncții gonadice asociate	30% din total lot
- tulburări sexuale (bărbați)	20% din total lot
- tulburări climax	20% din total lot
- mastopatii (b/f) asociate	60% din total lot

Investigațiile paraclinice efectuate au arătat următoarele:

- teste pentru tiroidă:	
- eutiroidie	78%
- hipertiroidie	12%
- hipotiroidie	10%
- calciu seric:	
- normal	6%
- hipo	87%
- hiper	7%
- magneziu seric:	
- valori normale	20%
- valori scăzute	78%
- crescute	2%
- prolactina în sânge (teste RIA):	
- valori în limite normale	86%
- valori diferite de normal	14%
- teste biochimice (metabolice):	
- colesterolemia normal	la 76% din cazuri
- amilazemia normal	la 82% din cazuri
- glicemia normal	la 83% din cazuri
- lipide totale normal	la 27% din cazuri

Tratamentul adjuvant apiterapic asociat a fost realizat prin administrarea după următoarea schemă bioritmică:

- consecutiv pentru perioade de 30 de zile:
Lecipol (10-15 zile) apoi
Apilarnil (10-15 zile) asociat sau nu cu
Aspacardin (10 zile);
- simultan pentru aceeași perioadă de 30 de zile s-a administrat la alt lot:
Lecipol+Apilarnil (20 de zile)
Aspacardin (10-15 zile).

În hiperponderalitate asociată sau nu cu climax s-au administrat și doze fiziologice de Tiroton sau Thyreotom, în ritm de 5 zile și 2 pauză în mod continuu.

Pentru cazurile cu distonie neuro-vegetativă manifestă sau rebelă s-a asociat – tot simultan și Distonocalm (ora 9), Extraveral (ora 17), Meclofenoxat (doze reduse seara), Hidroxizin (doze reduse după-amiaza), în raport de predominanța fenomenologică, iar în condiția existenței și a mastopatiei (asociată sau nu cu dismenoree) s-a asociat și Conecama-E5.

Atât în modalitatea simultană, cât și în cea consecutivă, asocierea apiterapiei a redus semnificativ timpul de ameliorare clinică, împreună cu intensitatea semnelor și acuzelor inițiale într-un procent de peste 40% din cel obținut prin alte scheme curente, ceea ce conferă un caracter potențator pozitiv a sistemului de asociere.

Scurtarea perioadei de tratament datorită efectului adjuvant pozitiv al principiilor conținute în produsele stupului sau în medicamentele preparate cu acestea, are la bază mecanisme farmacologice cu adresă atât pentru sistemul neuro-endocrin (sau asupra unora din componentele acestuia), cât și prin efecte metabolice (aport de principii energetice, vitaminice, minerale sub formă de micro sau macroelemente, enzime sau factori hormonal). În plus, optăm și pentru ideea

că principiile active din componența produselor utilizate în cercetările noastre determină mai ales modificări în ad sau absorbția unor factori esențiali din aportul alimentar curent (sau carență nedorită) cum ar fi cea a unor minerale esențiale, ca de exemplu calciul și magneziul (pe lângă alte microelemente esențiale metabolismului), minerale ce reprezintă determinanți specifici în unele stări fiziopatologice (spasmofilia, tetania etc.). Faptul relatat ne-a concentrat preocupările asupra acestor stări clinice, așa cum se va relata în continuarea studiului nostru corelativ.

III. Interferența pozitiv-potențatoare a produselor apicole sau a medicamentelor apiterapice, în THD privitor la **mastopatii**.

Observațiile noastre asupra efectelor apiterapiei în disfuncțiile neuro-endocrine în condițiile prezenței mastopatiilor (mai ales benigne) s-au focalizat în perioada 1984-1991 în cadrul activității Centrului de cercetări medicale de apiterapie. Considerarea acestei stări patologice sau cu un asemenea potențial ca rezultat (mai bine zis ca o rezultată) al disfuncției sistemului neuro-endocrin (asociată cu cea metabolică) a fost prezentată de noi în cadrul unor studii anterioare⁹.

În plus, existența unor principii hormonale active în unele produse apicole (lăptișor de matcă, polen, apilarnil) a impus un studiu susținut asupra acestor aspecte interferențiale (cu potențial posibil și/sau negativ) asupra componentei endocrine din organismul uman „distorsionat” sub aspect endocrin, caracteristic mastopatiilor.

De asemeni, considerarea apariției mastopatiei ca un răspuns al dereglării generale a organismului (nu numai feminin, ci și masculin, frecvența ginecomastiei fiind astăzi sesizată ca semnificativă la bărbați) determină – în cazul tentativei de reglare metabolică nespecifică – apelarea la aportul benefic al produselor apiterapice (considerate pe drept cuvânt potențatoare și energizante pentru organism).

Lotul de studiu realizat de noi a cuprins aproximativ 200 de cazuri femei cu mastopatii benigne în diverse stadii de apariție (de la o lună la 5 ani), care au fost tratate sau nu anterior prin diverse formule clasice. Vârsta cazurilor a cuprins valorile de la 15 la 68 de ani. Cazurile de ginecomastie la bărbați au constituit un lot mai redus, de 15 pacienți, care s-au prezentat la Policlinica noastră.

De menționat că toate cazurile au prezentat și alte disfuncții ale axelor endocrino-metabolice (tireo-ovariene, hipofizo-gonadice, suprarenometabolice, hipo-fizotiroidiene) în asociere cu cele de tip nevrotic cu diferite caracteristici, în grade diferite de intensitate și manifestare. Acest tablou corelativ-complex a atestat, o dată mai mult, realitatea clinico-fiziologică de entitate sistemică a mastopatiei, susținută de noi.

S-a stabilit un bilanț clinic și de laborator al fiecărui caz în parte (estrogeni, progesteronă, prolactină, 17 – CS, colesterol, glicemie, amilazemie, lipoproteine, calciu, magneziu ș.a.) necesar stabilirii schemelor individuale de etapă, în cadrul THD, pe următoarele loturi:

- un lot THD (Conecama-E5, Fosfobion, vitaminele B₁, B₆, E, pantotenat de calciu, sulfat de magneziu, Distonocalm, Extraveral, Meclofenoxat);

- un lot THD + apiterapie (Melcalcin, Lecipol, Polenolecitin, Tinctură de propolis);
- un lot apiterapie (Melcalcin, Lecipol, Polenolecitin, Tinctură de propolis, polen).

Terapiile au fost corelate în raport de categoria de disfuncții hormonale (hiperfoliculinemia relativă sau absolută, hipoprogesteronemia relativă sau absolută, asocierea cu hipo sau hiperfuncția hipofizară gonadotropă, asocierea cu hipo sau hipertiroidism etc.)⁶, cu starea funcțională hepatică (disfuncția hepatică endocrină post/sau nu hepatică și/sau asociere cu giardioză, diskinezie biliară cu sau fără calculoză etc.), și cu tulburări metabolice (modificări de absorbție, reacții colitice, tulburări de tranzit etc., sau tulburări de absorbție minerală, lipidică ș.a.). Totodată sau consemnat – tot individual – modificările neurovegetative (astenice, tulburări ale somnului, condiții de stres).

S-a administrat polen (drajeuri) la organismele care au prezentat semnele unei stări hormonale estrogenice reduse (cu participarea suprarenalei în asociere), în ritm de 10-15 zile lunar, serii de 2-3 luni.

S-au putut releva următoarele:

- dismenoreea a fost prezentă la 85% din lotul studiat, 5% prezentând (la începutul studiului) cicluri regulate, iar 10% au prezentat amenoree (primară sau secundară);

- tratamentul individualizat la caz (timp, doză, ritm) a relevat o sporire a eficienței sale în condițiile asocierii cu apiterapia adecvată;

- necesitatea controlului periodic (clinic și paraclinic la o lună inițial și apoi la 3 luni), cu urmărirea valorică a unor parametri hormonal și metabolici, pentru coordonarea pe etape a asocierii celor două categorii terapeutice, în raport de dinamica evoluției proceselor endocrino-metabolice dereglate, și care reface homeostazia fiecărui organism;

- necesitatea optimizării terapeutice (mai ales în cazul asocierii) pentru fiecare etapă, sub controlul periodic menționat și interpretat în raport cu caracteristicile specifice (individuale) de biotip și bioritm propriu;

- redresarea metabolică, pe lângă cea hormonală, reprezintă „cheia” eficienței sporite a terapiilor asociate;

- redresarea parametrilor fiziologici considerați ca responsabili de apariția și dezvoltarea mastopatiilor (mai ales benigne) trebuie realizată individual și etapizat pe tot parcursul terapiei prescrise;

- la un procentaj de 30% din cazuri, care au prezentat stadiul de lipsă estrogenică, terapia cu polen a avut un răspuns benefic. Trebuie, după părerea noastră, să se aibă în vedere mecanismele etiologice de tip metabolic steroidogenic propriu axului suprarenal-ovarian, care sunt interesate în producerea acestei categorii hormonale, stabilindu-se prin investigații de laborator „dinamica” celor două „stații” estrogeno-formatoare (ovarul și/sau zona fasciculată din cortico-suprarenală). Acestea pot fi antrenate, simultan sau nu, în condiții de solicitare prelungită (în cadrul mecanismelor de stres) să producă metaboliții din sinteza estrogenilor, favorizând o creștere a concentrației lor în organism sau acționând cu efect crescut în cazul lipsei altor hormoni compensatori ai homeostaziei endocrine;

- o supradozare a aportului de polen, realizată prin administrarea cantitativă și cronică a acestui principiu activ apiterapic, poate explica apariția, uneori, a cazurilor de mastodinii și/sau mastopatii (în asociere și cu alți factori favoranți);

- necesitatea obiectivă și științifică a realizării unei asocieri eficiente, individual și sub control periodic de laborator, a parametrilor hormonal și metabolici de etapă pentru fiecare organism în parte.

Pentru exemplificarea importanței cunoașterii și utilizării unor factori apiterapici cu reale acțiuni asupra organismului, readucem în actualitatea prezentării noastre unele „calități” bio-farmacologice ale polenului (efect și conținut).

Polenul de salcâm, ca și cel de tei, are un efect calmant; cel de castan dulce are eficiență asupra circulației, în desconggestionarea ficatului și asupra prostatei (depinzând de starea funcțională), iar cel de castan decorativ acționează asupra circulației venoase și mai ales la nivelul capilarelor.

Polenul de rapiță a fost găsit activ în ulceralele varicoase, cel de pădărie fiind cunoscut ca prezentând o acțiune de tip diuretic (asupra rinichilor sau vezicii urinare), pe lângă acela de tip depurativ-laxativ. Mărul oferă un polen cu efect asupra miocardului, pe lângă un efect fortifiant general, asemănător cu polenul de mure, care mai prezintă și efectul antidiuretic.

Tot asupra sistemului cardiovascular acționează și polenul salcâmului japonez și anume asupra rezistenței capilarelor (implicit în hemoragii), modificând timpul de coagulare și ritmul cardiac (palpitațiile și eretismul cardiac), în timp ce polenul de salvie s-a dovedit a fi „activ” la nivelul tubului digestiv, alături de efectele asupra diurezei, sudației și în reglarea menstriei.

Polenul de cimbrișor interferează și el unele nivele funcționale din organism, precum circulația, prezentând și unele influențe vegetative (afrodisiac, pectoral), alături de o activitate antiseptică. Prin diferenții parametri activi ai polenului (polenurilor) s-au putut evidenția și mecanisme mai generale clinice interferate: creșterea insulinemiei – fiind experimentat în unele forme de diabet, iar prin conținutul crescut în iod în prevenirea gușii endemice. Prin conținutul substanțial în săruri s-au explicat efectele benefice în unele stări cardiovasculare, nevroze, depresii psihice sau tulburări sexuale.

IV. Efectul adjuvant al apiterapiei în tratamentul spasmofiliei. Dintre **stadiile disfuncționale neuro-endocrino-metabolice** mai frecvente, cel definit drept spasmofilie (calciprivă și/sau magneziprivă) ocupă astăzi un loc preponderent în grupa afecțiunilor mai ales la femei. Spasmofilia ca entitate gnozeologică (maladie definită și caracterizată medical) este asimilată adesea cu tetania latentă idiopatică sau tetania constituțională normocalcică, ea nefiind decât cu timpul identificată cu forma neuro-musculară a deficitului calcio-magneian.

Tetania hipoparatiroidiană hipocalcemică a fost descrisă ca având o etiologie univocă, deși se subliniasă încă din anul 1901 (J. LOEB) pluralitatea perturbărilor umorale tetanigene. Conceptul de spasmofilie (L. BESAUER și H.P. KLOTZ, 1950) s-a definit ca un stadiu de hiperexcitabilitate neuro-musculară constituțională, dar fără anomaliile umorale tetanigene depistabile prin semnul

Chwostek (reacția mușchilor orbitofaciali la excitație) sau pe criteriul electromiografic (EMG).

Spasmofilia este, de altel, considerată încă a fi legată de o insuficiență neuro-paratiroidiană privind reglarea ciclică calcică (H.P. KLOTZ), fie ca o neuropatie (H. PETTE și B. ROTH). DURLACH și colab. (1968) descriu deficitul magnezic în spasmofilie, definind patogenia, etiologia, fiziopatologia, formele clinice, precum și tratamentul.

Simptomatic, spasmofilia este asociată cu manifestări centrale, periferice, vegetative-trofice, fiind în general fără specificitate. Semnele „centrale” cuprind hiperemotivitatea anxioasă, parestezii faringiene (senzația de nod în gât, de uscăciune, sete ș.a.) și laringiene (voalarea vocii). Tot specifice apar și crampele epigastrice, dispnee fără motivație, apăsare toracică, tremurăturile, diversele cefalee și mai ales cu caracter migrenoid, amețelile, lipotimia, tendințele depresive, astenia, oboseala vizuală ș.a.

Semnale „periferice” includ parastezii, înțepături, furnicături, fasciculații musculare, crampe ș.a. Dintre semnele funcționale cardiace sunt de reținut palpitațiile, algiile precordiale, adesea angor fals și extrasistole, iar dintre semnele vasculare, sindromul Raynold. Semnele hepatobiliare cuprind atonia veziculară, diskinezia biliară, în timp ce semnele digestive includ colopatia spasmodică, aerogastria ș.a.

Dintre semnele trofice, fragilitatea unghiilor, a părului, a dinților, ca și opacitatea cristalinului, trebuiesc reținute. Frecvent există asocierea unei spasmofilii cu disponderoză, precum obezitatea, cu hipoglicemii, cu alergii, cu virilism pilar, ceea ce întărește argumentul că această entitate gnoseologică influențează chiar dacă nu condiționează. Spasmofilia și cu deficit magnezic se evidențiază prin semne clinice precum semnul Chwostek pozitiv și mioelectrice în cadrul electromiogramei (EMG). De adăugat eficiența studiului electroencefalogramei (EEG), care poate pune în evidență o hiperexcitabilitate neuronală difuză și fără semne în focar; traseu plat desincronizat, activitate Teta bitemporală, adesea chiar o disritmie latentă aproape de traseul comițial (KLOTZ și ROTH).

Deși valoarea magneziului plasmatic nu reprezintă decât aproximativ 1% din capitalul magnezic al organismului, este cunoscută „fixitatea” acestui ion în sânge față de vârstă și sex (LANG și KROKHALCOV). S-a observat la spasmofilici o scădere a magneziemiei (DURLACH și NAYRAC). Mecanismele deficienței ionice din grupa Ca-Mg s-au verificat prin reducerea simptomatologiei o dată cu aportul suplimentar al unuia sau ambilor ioni.

Sărăcia ionică din aportul alimentar poate fi una din cauze (6 mg/kg/zi de exemplu). Rația normală trebuie să conțină 35 mg de ioni Mg/kg/zi și 9,3 mg Ca/kg/zi.

Al doilea mecanism de depleție celulară este dat și de caracterul funcțional constituțional al afecțiunii, atestat prin proporția relativ ridicată în populație (7-10%, după datele din 1970). Deficitul ionic (magneziu mai ales) al spasmofiliei trebuie asociat cu variația fenomenelor de deficiență și depleție după calitatea

constituțională a absorbției, a excreției și a mecanismelor de penetrație și menținere a ionului în celulă.

Este relevantă (J. DURLACH) frecvența mai scăzută a hiperexcreției magnezice absolute („diabetul magnezic”), evocând o tubulopatie, decât hiperexcreția relativă sau „normomag-neziemică”, martora unei absențe a conservării renale homeostatice care, la un deficit magnezic, ar trebui, în mod normal, să se opună carenței. Dacă intervalul liber este foarte prelungit, deficitul trebuie să traducă o tulburare celulară, care corespunde astfel unei „depleții”.

Fiziopatologia calcică ca bază a mecanismelor fiziopatologice

Ionul de calciu apare pe coordonatele mari ale vieții ca un constituent esențial al organismului, începând cu vertebrele. Acest ion important este implicat în asigurarea contracției musculare, a permeabilizării membranei celulare pentru diferite substanțe, a menținerii concentrației glucozei în sânge, a pH-ului etc. În ultimă instanță, rolul său preponderent s-a conturat o dată cu constituirea scheletului, elementul esențial pentru viața terestră.

Calciul, spre deosebire de alte elemente care intră în compoziția celulelor organismului, este prezent în cantități mari, fiind ușor accesibil metabolic (în mări și oceane concentrația calciului este de 300-400 mg/l, dar prin mecanisme de adaptare hormonală nu constituie un pericol pentru animalele acvatice).

O dată cu apariția vieții terestre s-a schimbat esențial rolul calciului pentru organism, scheletul (necesar mișcării pe pământ) fiind constituit în proporție de 98% din săruri de calciu. Scheletul va ajunge rezervorul de calciu în lipsa mediului acvatic bogat în acest ion, pentru asigurarea menținerii unui nivel circulant necesar proceselor vitale celulare.

Primele date care au conturat înțelegerea rolului vital al calciului a fost evidențierea constanței în circulația sangvină, neexistând o fluctuație mai mare de $\pm 3\%$ la indivizii sănătoși. Controlul homeostatic al acestui ion este asigurat prin sistemul endocrin, respectiv hormonii glandelor tiroidă și paratiroide.

Descoperirea calcitoninei (COOP, 1962) a completat arsenalul terapeutic de reglare al calciului în organism. Apariția glandelor paratiroide la animalele terestre reprezintă o necesitate de adaptare perfecționată în legătură cu formarea scheletului, păstrându-se și secreția de calcitonină. Calcitonina are efect hipocalcemic și este secretată de celulele „C” ale tiroidei, celule secretante găsindu-se și în timus și în paratiroide.

Adaptarea aduce cu sine, în mod dialectic, și fenomenul dezadaptării, cu posibilitatea apariției unor stări dăunătoare organismului. În cazul ionului de calciu, această dependență, cu dublă subordonare parathormon-calcitonină, va da naștere la boli care afectează profund reglarea sa. Mecanismele de reglare nu „seamănă” cu cele privind alte substanțe importante, cum ar fi glucoza, de exemplu.

Organismul uman nu are o „foame” pentru calciu, așa cum se manifestă în cazul glucozei, ci doar în condiții excepționale, când lipsa acută a calciului determină apariția unei crize de contractură musculară, ca în cazul spasmofiliei avansate sau tetaniei, spre exemplu.

S-a stabilit că formele active ale vitaminei D, cum ar fi 25-hidroxi-vit.D și 1,5-hidroxi-vit.D, participă alături de parathormon și calcitonină în menținerea homeostaziei calciului.

Spasmofilia, entitate gnoseologică cu caracter corelativ complex pentru organismul uman considerat ca sistem integral

Viziunea (sau conceptul) de sistem integral privind organismul uman, considerat în dinamica sa continuă de viață, de fapt a relațiilor sale exo și endocorporale, determină o interpretare interdisciplinară adecvată a relațiilor și mecanismelor care se desfășoară în el pentru asigurarea condiției de homeostazie (și implicit a condițiilor de modificare a acesteia).

Frecvența spasmofiliei la populația adultă este considerată practic necunoscută, nu din cauza bolii, ci din faptul că a fost și mai este ignorată. Spasmofilia constitutivă idiopatică descrisă de KLOTZ și semnalată în diverse țări a fost statistic semnalizată drept 5% din populația adultă din Franța (1965) sau 16% la noi în țară (LUNGU, 1966). Reiese că această entitate gnoseologică este frecventă și constituie o serioasă problemă de sănătate, mai ales că este de cele mai multe ori „asociată” cu alte entități care o „acoperă” simptomatic.

Este unanim recunoscută predominanța sa la sexul feminin (82% după KLOTZ, 83% după LUNGU și 90% la ora actuală, după observațiile noastre din ultimii 5 ani). În ceea ce privește mediul, s-a impus procentul de 76% în cel urban și 24% în cel rural, la sexul feminin factorii favorizanți în predispoziția pierderii mari de calciu incluzând: sarcina, alăptarea, structura hormonală gonadică, predominanța hiperestrogeniilor relative sau absolute, stările afective negative legate de condițiile de viață (stres-ul) etc.

Structura hormonală androgenă, tonusul nervos mai crescut și lipsa unor factori de spoliere fac ca sexul masculin să fie mai „protejat” față de decompensări. Procentul cel mai mare de spasmofilie este dat de decadele 3-5 de vârstă (LUNGU, 1956). Având în vedere predominanța sexului feminin, implicarea axului hipofizo-tireo-ovarian reprezintă statistic un aspect prioritar al vieții noastre actuale.

O serie de factori stresanți legați de urbanizare, care pentru o mare parte din populația provenită din mediul rural constituie un impact, fac ca adaptarea să se facă greu. Cu cât gradul de urbanizare este mai ridicat cu atât posibilitatea de descompensare a spasmofiliilor este mai mare.

Există o nedelimitare (confuzie) între termenii de hipocalcemie, tetanie și spasmofilie. Hipocalcemia este definită printr-o scădere a calciului plasmatic sub 8,5% și a calciului ionizat (40,5% din cel total). Tetania este un sindrom clinic și electric tradus printr-o hiperexcitabilitate neuro-musculară, manifestându-se printr-un grup de simptome senzitivo-motorii cu predominanță distală în accese intermitente și tranzitorii. Este anunțată prin manifestări senzitive și urmată de contracturi ale musculaturii voluntare și viscerale.

Tetania poate să apară și în afara unei hipocalcemii, cum este în hipomagneziemie, în cursul unei alcaloze în hipokaliemie. Sindromul a fost definit

ca „tetania cronică idiopatică” sau aspmofilie. Hipocalcemia este o noțiune biologică și tetania o noțiune clinică, fiind folosite uneori sinonim.

Spasmofilia normocalcemică a adultului reprezintă un alt tip particular de hiperexcitabilitate neuro-musculară, a cărui simptomatologie clinică este asemănătoare cu cea din tetania paratireoprivă, dar cu etiopatogenie diferită și insuficientă pentru elucidarea sa totală, și la care nu găsim anomaliile metabolismului fosfo-calcic și ale funcției paratiroidiene, care să fie decelabile prin probele obișnuite de laborator.

Având o simptomatologie lentă și cronică deosebit de polimorfă, se pretează ușor la confuzii de diagnostic, acești bolnavi împovărând serviciile de consultații foarte variate. Pe de altă parte, nu este recunoscută și acceptată de medicul clinician, care nu operează cu conceptele novatoare bio-medicale moderne, de unde și lipsa unei atitudini terapeutice corecte și eficiente în timp, ceea ce duce la mărirea temporală a perioadei de incapacitate de muncă.

S-a constatat că 95% din cazurile de spasmofilie prezintă un aport scăzut de calciu (consum redus de lapte sau derivate etc.) asociat cu o absorbție redusă (aproximativ 25-40%) a calciului integrat. Este cunoscut, de asemeni, faptul că pentru o absorbție normală a calciului raportul Ca/P trebuie să fie cuprins între 0,5 și 2, atunci când acest raport ajunge sub 0,5 excesul de fosfor din aliment provocând formarea de fosfat tricalcic insolubil, care se pierde pe calea materiilor fecale.

Aportul scăzut și prelungit de calciu nu rămâne fără repercusiuni asupra organismului. Un aspect clinic frecvent întâlnit la spasmofilici îl constituie parodontopatia și edentația secundară, expresie a unui fenomen de demineralizare (după NORDIN necesarul zilnic este de minim 9,3 mg/kg corp).

În perturbarea mecanismelor normale de absorbție a calciului la om, în condițiile spasmofiliei, trebuie luate în considerare, în plus, deficitul vitaminei D și cel de lactoză, pe lângă infestarea lambliazică (devenită frecventă în zilele noastre la noi) și alte parazitoze.

Atât în tetania paratiroidiană hipocalcemică cât și spasmofilia normocalcemică se descriu o serie de forme clinice. Cefaleea și lipotimiile fac parte din ansamblul simptomelor spasmofiliei normocalcemice (caracter paroxistic, repetabil, cu predominanță occipito-cervicală), care nu cedează la terapia antalgică obișnuită. Se incriminează și un edem cerebral discret, cu retenție hidrică, recrudescența obișnuită a cefaleei apărând adesea în perioada premenstruală, această agravare periodică fiind mai netă în condițiile hiperfoliculemiei relative sau absolute (KLOTZ, 1958; NEACȘU, 1986).

Modificările morfopatologice ale coloanei cervicale apar timpuriu în spasmofilie (LUNGU, 1979: 70% în spondiloza cervicală). Criza de tetanie și epilepsie prin hipocalcemie sunt două fenomene paralele cu hiperexcitabilitatea nervoasă legate de hipocalcemie.

Există și asociația tetanie-epilepsie-hiperfoliculinemie-isterie, acest carusel fiind adesea accelerat în premenstră, iar în climax devenind independente. Majoritatea autorilor constată o hiperactivitate anxioasă și depresivă în spasmofilie (KLOTZ, 1958; ROTH, 1964; STĂMĂTOIU, 1966).

Hiperfoliculinemia absolută sau relativă agravează atât nervozitatea și anxietatea cât și ansamblul manifestărilor spasmofiliei. Adesea, în premenstră, apar crize tipice sau nu, uneori cu declanșarea de raptusuri anxioase și depresive. Tendința la sinucidere este adesea semnalată premenstrual. Foliculina scade calcemia și tonusul substanței reticulare și pare a interveni pe un substrat lezional preexistent. Hipoandrogenia la bărbat modifică echilibrul androgeni/estrogeni și predisune la decompensarea și tulburarea dinamicii sexuale.

Obezitatea diencefalică este adesea asociată echilibrului modificat al centrilor hipotalamici ai foamei și sațietății, care poate fi realizat în spasmofilie. S-au constatat la ulceroși frecvente manifestări de tip spasmofilic, între spasmofilia normocalcică și ulcerul duodenal existând relații patogenice comune, hiperaciditatea gastrică fiind, se pare, secundară hiperparatiroidismului reactiv și acidozei hiperclorémice satelite, asociată cu perioadele de carență maximă de vitamina D (toamna și primăvara).

Concepția modernă a spasmofiliei incriminează și alterările metabolismului magnezian, pe lângă cele ale calciului (DURLACH, 1960; GIRAULT, 1966). Carența magneziană pare a fi implicită în alterările membranare, manifestările neuro musculare periferice în sindromul central. Carența de magneziu (fie primitivă, fie secundară) induce pe de o parte manifestări de hiperexcitabilitate neuro-musculară, iar pe de altă parte manifestări ce atestă perturbări în repartiția calciului (J. DURLACH).

Repercusiunile carenței de magneziu asupra metabolismului calciului se traduc ca deficit calcic (secundar reducerii activității unor enzime și scăderii receptivității pentru vitamina D și parathormon) sau ca reacții homeostatice de tip reacțional (hiper PTH, frenarea sintezei de tirocalcitonină), care tind să „marcheze” oarecum semnele de hipocalcemie.

Punctele de impact ale celor doi ioni sunt numeroase. Calciul și magneziul interceptează transmiterea influxului la nivel axonal: calciul stimulează iar magneziul este antagonic; deci când magneziul lipsește (ca și lipsa unui amortizor) efectul calciului devine amplificat și hiperfuncțional. De aceea efectul modificării concentrației magneziului compromite, în mod direct sau indirect, efectele calciului.

Absorbția intestinală (și gastrică) de magneziu pare a fi inhibată de calciu, dozele de vitamina D stimulând-o. Creșterea ingestiei de magneziu ar favoriza absorbția și retenția de calciu la om. Creșterea concentrației serice de magneziu scade rata de secreție a PTH.

La om carența în magneziu se asociază, de obicei, cu reducerea semnificativă a calciului în sânge. Hipocalcemia asociată carenței de magneziu este comună neonatal cât și la adult. După administrarea de magneziu se observă o creștere precoce a valorilor calcemiei și magneziemiei, cu creșterea PTH. Aceste fapte relevă că sinteza și/sau secreția PTH ar putea fi afectată de magneziu, administrarea ionului putând restabili receptivitatea paratiroidiană la fluctuațiile calciului ionic. Hipocalcemia din carența magnezică ar putea fi rezultatul scăderii receptivității la PTH.

Terapia de substituție calciu și/sau magneziană în spasmofilie la ambele sexe

Ca entitate gnoseologică, spasmofilia reprezintă, așa cum s-a arătat, un complex fiziopatologic și implicit semiotic simultan. De aceea și soluțiile terapeutice trebuie să aibe același caracter. Terapia în spasmofilia Ca și/sau Mg-privă cuprinde în aceste condiții specifice două componente minime: una cu adresă la mecanismele fiziologice alterate, în asociere cu cea de a doua, cu adresă la condiția esențială: lipsa unuia sau ambilor ioni. Aceasta înseamnă reglarea funcțiilor glandelor tiroidă și paratiroide. Această a doua componentă a strategiei terapeutice cuprinde compensarea lipsei de calciu sau magneziu (sau a ambelor simultan) prin aport suplimentar în organism (calea cea mai comodă fiind cea parenterală).

Formele de administrare, deși multiple la ora actuală, prezintă eficiențe diferite, în raport de unii parametri precum solubilizarea în momentul trecerii bateriei tractului gastro-intestinal, fie forma de disociere (tăria ionică a cationului față de anionul respectiv), fie comportamentul față de valoarea pH-ului tractului la un moment dat, fie capacitatea de formare de alte forme insolubile ș.a.m.d.

De exemplu, lactatul de calciu prezintă un randament scăzut în bateria sărurilor de calciu compensatoare, majoritatea cantității ingerate fiind eliminată din tractul intestinal. Dintre formele combinate ale magneziului câteva s-au impus prin randamentele de absorbție, pe lângă alte eficiențe biologice și putem reține glutamatul de magneziu, acidul glutamic fiind un parametru metabolic de mare valoare mai ales pentru celula nervoasă, deficitară și ea metabolic în spasmofilie.

De asemeni, aspartatul de magneziu, antrenat și în metabolismul hepatic, constituie un candidat eficient pentru substituirea lipsei de magneziu din organism. Soluția de 10% de sulfat de magneziu a constituit și în cercetarea noastră din ultimii 5 ani un parametru magnezian testat ca efect de substituie în organismele cu spasmofilie Mg-prive în primul rând. Cantitatea de 1 g/zi a dat bune rezultate la lotul cercetat (aproximativ 300 de cazuri, în general femei), un randament optim fiind obținut prin asociere cu produsul Melcalcin.

Comparativ cu pantotenatul de calciu, luat ca martor, efectul Melcalcinului apare mai evident, atât calitativ (reducerea unor aspecte poliforme), cât și cantitativ (privitor la timpul de rezolvare a unor simptome clinice sau valori ale concentrațiilor în sânge).

Aceste observații aduc în plin plan ideea medicamentului apicol „combinat”, ce prezintă o serie de avantaje precum:

- concentrație de aport în limite fiziologice;
- suport de transport transdigestiv natural, fiziologic;
- ingrediente apiterapici care „potențează” absorbția, transportul și acțiunea farmacologică specifică;
- cantitățile mai reduse de substanță activă terapeutică ce diminuează și efectele secundare inerente oricărei substanțe medicamentoase;
- cost redus al produsului, atât prin numărul ingredientilor necesari preparării sau condiționării, cât și pentru obținerea lor. Produșii naturali pot fi utilizați direct după recoltare sau cu prelucrări minime;

- fiind asociat cu produse apicole, medicamentul combinat deține și valoarea nutritivă a componentei(lor) specifice, pe lângă cea farmacologică.

Tratamentul asociat a cuprins în cazurile de spasmodic și un produs preparat în laboratoarele noastre, în scopul testării calităților terapeutice adjuvante, ce conține săruri de magneziu (aspartat, glutamat, citrat și nicotinat, alături de sulfat), sub denumirea de Apimag, administrat câte 2-4 tablete/zi, timp de 10-15 zile.

Eficiența clinico-simptomatică a fost evidentă după 1-2 serii de câte 10-15 zile, în raport de valoarea magnezimiei fiecărui caz în parte. Controlul de laborator a arătat o revenire spectaculară a valorilor ionului de magneziu în sânge după acest aport suplimentar. O evidență ameliorare și a altor multe simptome a însoțit această revenire a valorilor sangvine, consemnând prin aceasta relațiile fiziometabolice din cadrul acestui „sindrom spasmodic”, după părerea noastră.

Obținerea de rezultate optime cu produsul Apimag atestă, ca și pentru Melcalcin, că are loc o potențare a efectelor reglării prin aport exogen a acestor minerale fundamentale, implicându-se mai ales mecanismele de absorbție nu numai la nivelul tractului digestiv (ca primă poartă), ci, presupunem noi, chiar la nivelul membranei celulelor, participarea ionului fiind absolut necesară funcțiunii acestora.

Utilizarea medicamentului combinat, în care rolul componentelor apicole este complex și complet (de la facilitatea absorbției în organism și până la intrarea în celulă) devine o necesitate farmacologică în strategia terapeutică actuală. Aceste „calități” ale categoriei medicamentelor combinate cu produse naturale (în cazul nostru cele apicole) le așează în topul preocupărilor naturiste, preocupări care devin din ce în ce mai accentuate în strategia și tactica medicinei actuale.

BIBLIOGRAFIE

1. NEACȘU Constantin – Biocronologia și medicina, vol.1, editor D. Steflea, Editura medicală, 1986
2. NEACȘU Constantin – Biotip și bioritm. Almanah Anticipația, Editura științifică și tehnică, 1990
3. NEACȘU Constantin – Fiabilitatea biologică, Editura științifică și tehnică
4. NEACȘU Constantin – Informația biologică, Editura enciclopedică, 1982
5. NEACȘU Constantin – Interdisciplinaritatea în gândirea contemporană, Editura politică, 1980
6. NEACȘU Constantin – Îndrumar terapeutic în oncologie, vol.II, editor J. Chiricuță – Ministerul Sănătății, 1972
7. NEACȘU Constantin – Progresele științei, vol.10, Editura Academiei Române, 1973, p. 553
8. NEACȘU Constantin – Ritmurile biologice, Editura medicală, 1986
9. NEACȘU Constantin – Teză de doctorat în științe medicale – A.S.M., 1980
10. PARTHENIU Al., C. NEACȘU – Al XXI-lea Congres Internațional de Apicultură al Apimondia, Buenos Aires, Argentina, 1973

OBSERVAȚII PRIVIND APITERAPIA CU VENIN DE ALBINE: ACȚIUNEA ASUPRA SISTEMULUI NEUROENDOCRIN

Dr. Alexandru PARTHENIU*

Un inventar al bolilor care sunt citate în literatură ultimelor decenii ca fiind susceptibile de tratament prin venin de albine (VA) oferă – în afara entităților cuprinse în „reumatism” (de la poliartrita cronică evolutivă și spondilita anchilopoetică, la reumatismul de menopauză) și entități considerate „clasice” ce cuprind afecțiuni principale: hipertensiunea arterială (forma neurogenă), entitățile sindromului de ischemie periferică (endarterita obliterantă, arterita aterosclerotică), astmul bronșic și febra de fân, nevroze, diferite tireotoxicoze, ș.a.

De subliniat un aspect comun: toate fac parte dintre entitățile morbide în care perturbațiile reglajului neuroendocrin umoral stau pe primul plan, în literatura actuală acceptându-se chiar ca factor patogenetic fundamental al acestor afecțiuni, disfuncția cu caracter nevrotic de diferite tipuri la nivelul componentei nervoase centrale (neurodinamica cerebrală, mai exact cadrul interrelațiilor cortico-subcorticeale, cu interesarea formațiunii reticulate).

Semnalarea experimentală pe animal a acțiunii VA asupra neurodinamicii cerebrale atât în domeniul aparatului locomotor (reactivitatea neuro-musculară), cât și în cel neuro-vegetativ interesând funcțiile viscerale, se poate relata încă din 1897 când J. LANGER arăta că introducerea VA în circulație la câine poate determina crampe musculare și paralizie respiratorie. De asemeni, de reținut și observația lui CALMETTE (citată de TERRIÈRE) constând în hipotensiune și bradicardie, pe de o parte, convulsii cronice și nistagmus pe de altă parte. De reținut, de asemenea (din experiențele lui ROSSBACH) caracterul individualizat al reacțiilor, aceleași doze dând nu numai diferențe în intensitatea reacțiilor și în sensul lor, excitator sau inhibitor.

În legătură cu mecanismele neurofiziologice prin care veninul de albine acționează asupra reactivității viscerale se consideră (TERRIÈRE) că VA ar paraliza terminațiile vasoconstrictoare ale simpaticului. După alți autori (NEUMAN, HODGSON, KAISA) VA are o acțiune ganglioplegică, de această acțiune fiind răspunzătoare fracțiunea electroforetică denumită FI și se presupune că este datorită, în totalitate sau nu, în principal, melitinei.

Aceeași fracțiune a VA determină și contracția miocardului și mușchilor netezi și influențează transmisia neuro-musculară la nivelul plăcii motorii, la musculatura striată. Ținând seama de acțiunea VA pe inervația vegetativă și în special de acțiunea ganglioplegică, precum și de efectele sistematice ale VA asupra centrilor cerebrali, se impune pentru clasificarea mecanismelor acțiunii VA interpretarea și explicarea modalităților și criteriilor utilizabile atât în folosirea terapeutică, cât și sub formă de component într-un medicament complex.

* Dr. Alexandru PARTHENIU a fost unul din pionierii apiterapiei românești, cercetările sale privind mecanismele intime ale terapiei cu venin de albine – în special – având un caracter interdisciplinar și prioritar nu numai la noi în țară ci și pe plan mondial. Capitolul este redactat de coordonatorul lucrării, cu care a colaborat îndelung în problemele neuro-endocrinologiei, elaborând concepte interdisciplinare noi în domeniu.

În legătură cu efectele veninului de albine la om, se impun cele excitante, alteori inhibitoare, exercitate asupra principalelor expresii ale reactivității cerebrale. Considerăm utile de menționat dintre acestea afectul reglator asupra somnului (FEBLOV, PORIADIN), efectul euforic evident și frecvent (menționat și în prospectul preparatului injectabil Apivène).

Dacă pe baza observațiilor clinice se invocă în literatură acțiunea VA asupra neurodinamicii cerebrale (V. ORLOV) – acțiunea conexă de alt fel cu cea exercitată pe axul diencefalo-hipofizar via cortico-suprarenală (ARTEMOV, PORISIN, WEIDMANN, MÖLER), ca unul din mecanismele fundamentale ale teoriei cu VA, analiza acestei acțiuni prin mijloace obiective și convenabile de laborator nu a fost realizată convenabil.

S-au putut obiectiza aceste influențe printr-o metodă a echilibrului neurodinamicii cortico-subcorticele, inclusiv reactivitatea formațiunii reticulate, printr-un anumit mod de aplicare și interpretare a profilului reflexului cerebral de impedanță (RCI) (PARTHENIU, DEMETRESCU, 1954, 1960; PARTHENIU, 1965).

Aspectele RCI sunt superpozabile peste cele ale electrodermografei (TDG) în măsură suficientă pentru a putea compara cele două fenomene, cu mențiunea că primele se înscriu ca variații de același sens indiferent de polaritatea intrinsecă momentană a fenomenului biologic, în timp ce variațiile EDG sunt bifazice sau chiar polifazice.

Profilul RCI ca și tabloul EEG combinat cu EDG, după DEMETRESCU și colab. (1958), comportă metodic, în afară de înregistrările EEG obișnuite, analiza pantei ascendente a undelor EEG și a duratei acestora, împreună cu aprecierea gradului de „organizare” a traseelor de analiză. În ceea ce privește utilizarea RCT pentru explorarea reactivității formațiunii reticulate, s-au folosit rapoarturile mecanismelor neuro-fiziologice care condiționează acest reflex, cu funcția formațiunii respective:

- de a controla excitabilitatea cortexului cerebral;
- de a regla în mod corelat, reactivitatea neuro-musculară și cea a unor funcții interne esențiale, ca respirația și circulația. În ceea ce privește raportul acestei reglări corelate neuro-musculare și viscerale, cu mecanismele neuro-fiziologice ale RCI s-au folosit datele lui WANG și colab. care au evidențiat expresia electrodermografică a reflexului (EDG).

S-a putut realiza o standardizare a valorilor normale (PARTHENIU și colab., 1960, 1962, 1964) a profilului RCI înregistrat în condiții bazale cu următoarele caracteristici:

- nu se produc variații spontane;
- stimulii motricității și viscerali produc, cu regularitate, variația de impedanță care are o evoluție regulată (fără oscilații supraadăugate) de amplitudine mijlocie, cu revenire la valoarea anterioară în 5-12 secunde;
- variațiile reflexe ale impedanței sunt practic identice pentru ambele tipuri de stimuli și pentru 5-6 repetări ale acestora.

Din examenele efectuate privind profilele RCI rezultă că:

- profilul normoreactiv traduce o bună reactivitate a formațiunii reticulate, cu un bun echilibru între componenta facilitatoare și cea inhibitoare;

- profilul hiperreactiv traduce o predominanță (relativă sau absolută) a reacțiilor facilitatoare, iar cel hiporeactiv o predominanță (relativă sau absolută) a reacțiilor inhibitorii. Profilul RCI ca și traseul EEG combinat cu EDR (reflexul electrodermal) au fost folosite pentru caracterizarea stadiilor de nevroză după criteriile stabilite de DEMETRESCU și CATARGI (1959).

Utilizarea acestor criterii corelativ-complexe la un lot de 250 de pacienți cu afecțiuni reumatismale și 60 de pacienți cu sindrom de ischemie periferică (arterită aterosclerotică) ne-a oferit observația că la nici unul din pacienți profilul nu a fost normoreactiv înainte de tratamentul cu venin de albine. Întotdeauna aceste înregistrări prezentau diferite elemente de tip nevrotic, predominând aspectele legate de aferențele viscerale, la astenici. La o parte din acești bolnavi s-au efectuat și examenele EEG-EDG, ale căror concluzii au fost convergente cu cele deduse din simptomatologia standard a metodei. Putem afirma, pe baza experienței cumulate la peste 1500 de cazuri de reumatism (PARTHENIU, 1957), că diferitele forme de reumatism și, pe cât se pare, și sindromul de ischemie periferică, au o componentă patogenică nevrotică caracterizată prin disreactivitatea subcorticală cu aspecte de hiperreactivitate anarhică.

Principalele date privind modificările obiective, electrofiziologice, ce se pot observa în aspectele EEG combinate cu EDG, respectiv în profilul RCI se referă la:

a) efectele acute, ale injecției intramusculare de venin și ale veninului nativ, aplicat prin înțepături de albină;

b) efectele instalate în urma tratamentelor cu venin de albine sub forma de înțepături de albine.

a) Efectele acute. Observațiile privind soluția injectabilă de VA s-au obținut prin utilizarea injecției intramusculare (indolore) a 1 ml din preparatul Apivène la care s-au adăugat 1 ml ser fiziologic sau efectele VA asupra EEG și EDR.

Înregistrări de control, în condiții similare, s-au făcut la aceleași persoane după injectarea a 2 ml ser fiziologic. Tratamentele s-au făcut în sistem „aveugle” („orb”). Înregistrările s-au practicat înainte și la 90 de minute după injecția cu venin sau ser fiziologic. Totalul de 27 de cazuri a cuprins stadiul de reumatism și nevroză.

La pacienții cu spondiloză cervicală s-a întâlnit mai frecvent tabloul EEG de iritație și cu EDG hiporeactivă. După injecția cu Apivène se observă o creștere a reactivității corticale, respectiv în cadrul sistemelor activatoare ascendente și anume:

- ritm alfa mai puțin,
- efectul de „rebound” scurt și plat,
- lipsa apariției undelor lente anterioare,
- aspectul analizei de durată este și mai dezorganizat prin faptul că tonusul primar devine disritmic,
- panta undelor este mai mică.

La toți pacienții, cel mai marcat efect determinat de venin a fost scăderea netă a hiperactivității subcorticale, tradusă prin diminuarea până aproape de blocare a electrodermografeiei.

Se poate reține, în esență, că VA a indus modificări electrice în sensul corectării devierilor corticale și subcorticale specifice nevrozei de iritație (denumită „de creier visceral” de DEMETRESCU și colab.). Modificările subcorticale se înscriu în sens corector și pentru cazul (condiția) nevrozei mixte, în timp ce creșterea excitabilității corticale poate pune problema unei posibile agravări a devierii corticale în nevroza de iritație sau mixtă.

După observațiile noastre (1965) repartitia de frecvență a nevrozelor de creier visceral se întâlnesc la 68% din cazuri, cele mixte 23%, iar cele de iritație 9%; rezultă că terapia cu venin este adecvată pentru majoritatea stărilor disfuncționale nevrotice de inhibiție, cu asocierea medicamentoasă la un sfert din cazuri și probleme de contraindicații (sau doză specială) la numai 10% din cazuri.

Creșterea excitabilității corticale determinată de venin, însoțită de reducerea hiper-excitabilității subcorticale anormale (rezultând în fond o echilibrare neurodinamică cortico-subcorticală), ne oferă o bază obiectivă neurofiziologică pentru înțelegerea mențiunilor de ordin chimic ca: euforia, creșterea capacității de lucru, efectul de reglare a somnului. În legătură cu acest efect asupra funcției hipnice, în special, precum cu efectul de reechilibrare neurovegetativă la nivelul cerebral, în general, este de reamintit faptul (subliniat de M. DEMETRESCU și colab.) că tocmai în nevroza de inhibiție, unde sunt prezente perturbări accentuate și supărătoare în aceste direcții, administrarea de neuroleptice și barbiturice (administrare la care recurg bolnavii spontan, dar care este curentă și în practica medicală) este de fapt contraindicată, adâncind inhibiția corticală.

Din experiența noastră rezultă că tocmai în aceste cazuri reprezentând majoritatea nevrozelor – terapia cu venin, asociată cu medicația adecvată și cu alți factori ergonali, reprezintă o modalitate de tratament de elecție, rațională, biologică, cu șanse maxime de reușită și cu riscuri minime dacă dozarea este individualizată corect pe criterii obiective.

În ceea ce privește problema criteriilor obiective, trebuie să menționăm că înregistrarea RCI fiind echivalentă cu EDG, efectele VA în asemenea cazuri apar foarte net și în profil RCI (aparatura fiind cu gabarit mai redus decât pentru EEG, înregistrarea RCI oferind o posibilitate practică de a doza tratamentul și urmări obiectiv efectele).

În cazul nevrozei de inhibiție s-a observat un foarte favorabil sinergism, privitor la creșterea excitabilității corticale, între efectele VA și efectele asocierii de acid glutamic cu doze mici de cofeină administrate în cursul dimineții.

La mai mulți pacienți acest efect a fost și mai mult favorizat prin asocierea unei cure de 2-4 grame de lăptișor de matcă, iar la 4 pacienți prin adăugarea și a unui tratament cu acid aspartic. Este de notat că în situația nevrozelor de iritație, administrarea chiar a unor doze relativ mici de VA poate agrava situația (și electric, dar și clinic), dacă se cunoaște această situație și nu se aplică concomitent (iar uneori, premergător) o terapie adecvată de corectare a sindromului de iritație (a fost găsit optim asocierea cu Largactil sau Serpasil).

Asocierea VA cu hiposerpilul a oferit bune rezultate alături și de B6. De asemenea, trebuie diferențiat ritmul de creștere a dozelor de venin (50% doză la nevrozele de iritație față de cea din nevroza de inhibiție sau mixtă).

Efectul veninului nativ (prin înțepătura albinei aplicate) a fost verificat la persoane neobișnuite cu VA, dar și la pacienții care suportaseră deja un tratament (250-300 de înțepături). S-a aplicat fie pe tegumentul nepreparat, fie peste o papulă intradermică făcută cu o soluție de 1% clorhidrat de procaină. Influența aspra neurodinamicii cerebrale a fost verificată prin înregistrarea profilului RCI înainte și după aplicarea înțepăturilor de albină. În toate cazurile (la un lot de câteva zeci de persoane) și la toate experiențele am observat un net efect inhibitor, respectiv de reducere a reactivității subcorticale. De remarcat că efectul inhibitor acut se manifestă și la organisme care au fost tratate în prealabil cu doze semnificative de VA. Totodată s-a putut arăta că administrarea prealabilă a papulelor cu procaină ca procedeu obișnuit în aplicarea tratamentului cu înțepături de albine nu modifică deloc caracterul reacției la venin.

b) Efectele instalate în urma tratamentului cu înțepături de albine. Aceste efecte s-au caracterizat prin tendința spre normalizare a devierilor de neurodinamică cerebrală constatate inițial la totalitatea pacienților reumatici sau cu arterită. La nevroticii „funcționali” (respectiv cu sindrom pur), o atare influență este și mai promptă și netă.

Sub expresia profilului RCI această influențare se traduce prin tendința spre normalizare a traseelor (profil și caracteristici normoreactive). Clinic s-a putut obține o îmbunătățire a indicelui oscilometric și reducerea claudicației intermitente (după un tratament cu 300 de albine s-a putut merge până la 2000 metri fără acuze, într-un caz. În timpul tratamentului bolnavul și-a văzut de ocupații în mod normal).

Observații asupra unor implicații endocrine ale tratamentului cu VA. Referitor la acest gen de implicații se vor semnală unele aspecte endocrine observate în cazuistica noastră. S-a putut observa la marea majoritate a pacientelor tratate pentru diferite afecțiuni o netă și pronunțată influențare a ciclului ovarian. Veninul de albine are un efect marcat și prompt de tip hiperestrogenic (observații pe aproximativ 300 de cazuri). Se atestă și concluziile lui DEMETRESCU și colab. care, în cadrul studiilor de nevroză, a subliniat caracterul sistematic al prezenței aspectelor hiperfoliculice la paciente cu nevroză de creier visceral, tipul net dominant de nevroză la femei, după acești autori.

În raport cu aceste date rezultă o serie de considerente practice:

- unele indicații și contraindicații ale terapiei cu venin, în stările hiperfoliculice trebuind a se diminua dozele de venin, în raport de fazele ciclului, respectiv creșterea dozelor în faza luteică a ciclului (alături de tratamentele corective specifice endocrine);

- necesitatea ca persoanele de sex feminin, care vor să practice apicultura, să fie informate asupra acestor efecte ale veninului;

- fiind relevate în literatură (ARTEMOV, 1960; HARCENKO, 1955) rezultatele bune în hipertiroidism, pe lângă efecte îmbucurătoare în aceste stări, am putut observa și unele aspecte demne de relevat: o netă incompatibilitate între terapia cu VA și hipotiroidism, dacă acesta nu este tratat simultan și corespunzător. Răsunetul metabolic de factură hipo la nivel cerebral posibil de observat prin EEG, poate fi sesizat, după observațiile noastre și prin RCI, un reflex

hiporeactiv sau cele hiperreactive de tip hiperdrenergic, atestând prezenta lor. În asemenea cazuri se pot obține bune rezultate asociind o terapie cu VA în doze foarte lent crescute, cu o cură de triiodotironină în ritm corespunzător pentru un efect desinhibant.

Într-un alt grup de cercetări ne-am preocupat de evidențierea, implicit mecanismele, aspectelor neuro-endocrino-metabolice implicate în terapia cu VA în bolile degenerative vasculare (Al. PARTHENIU și C. NEACȘU).

Efectele pozitive ale VA asupra circulației sângelui la om sunt cunoscute din cele mai vechi timpuri. Aceste efecte ale veninului nativ sau condiționat farmaceutic se referă la aspectul ganglioplegic și cerebral. Sub aspect clinic s-au relatat mai ales efecte în patologia reumatismală și în hipertensiune (la om și animal).

În privința bolilor degenerative vasculare obliterante, primele observații implicit și preocupări au fost relatate în literatură abia în anii 1960. Cercetările efectuate anterior privind relațiile neurotice implicate în afecțiunile reumatismale au conturat existența acestei categorii de relații și în sindromul ischemic periferic. Evidențierea lor a fost realizată printr-o metodologie corelativă între tabloul EEG și un indicator al reactivității neurovegetative cerebrale evidențiable tot printr-o metodă electrofiziologică: EDR și RCI.

Modificările neuro-endocrino-metabolice în afecțiunile vasculare degenerative, deși descrise în literatură, sunt insuficient utilizate ca suport al mecanismelor caracterizante în această zonă de patologie, mai ales sub aspectul corelativ-integrativ.

Am considerat trei grupe de aspecte a fi importante și edificatoare pentru înțelegerea unor mecanisme, dar și pentru monitorizarea terapiei specifice (în asociere sau nu):

I. caracterizarea unor parametri corelativi neuro-endocrino-metabolici la pacienții cu această categorie de afecțiuni;

II. urmărirea influenței acute și cronice a VA asupra acestor parametri corelativi;

III. cunoașterea prin aceste studii a mecanismelor posibil a se desfășura (a avea loc) atât în zona etiopatogenică, cât și în cea profilactică în care poate fi implicat VA.

I. Caracterizarea parametrilor corelativi neuro-endocrino-metabolici în bolile degenerative vasculare

A. Aspecte funcționale nervoase cerebrale

La un grup de 92 de pacienți (de ambele sexe) suferind de maladia Bürger și arterită aterosclerotică la membrul inferior (cât și câteva cazuri de stadiu de preinfarct) s-a detectat un evident tablou electrofiziologic de nevroză la 100% din cazuri.

A fost semnalată forma EEG de nevroză de iritație cu hiperreactivitatea sistemului activator ascendent a formațiunii reticulate prin parametrii:

- pentru EEG indice alfa în zona post rolandică mai puțin de 30%, cu tablou reactiv la hiperpnee;
- o evidentă dezorganizare a trenurilor de unde alfa atât în ceea ce privește modulația fusiformă, cât și a regularității;
- o înaltă frecvență a cazurilor cu incidență mare (peste 5%) a modulării în fază a undelor alfa.

Însă față de tabloul de nevroză de iritație, care în alte condițiuni poate etala atât prin profil EDR, cât și prin RCI o „reactivitate” normală, la cazurile noastre de arterită atât periferică, cât și coronariană apare specific o descreștere a reactivității neurovegetative cerebrale, relevând chiar un aspect de precocitate (de luni sau chiar ani înainte de prezența semnelor clinice de acutizare); apare caracteristic faptul că EDR și RCI denotă o activare redusă prin expresia unei amplitudini și o scădere a dinamicii.

În plus, după observațiile noastre aceste aspecte neurovegetative nevrotice detectate la începutul manifestărilor afecțiunilor degenerative arteriale (arterite degenerative periferice și coronariene) sunt mult mai marcante decât în cazurile afecțiunilor reumatoide progresive precum poliartrita reumatoidă și spondilita anchilopoietică în comparație cu aspectele reactivității EDR la bărbați perfect sănătoși.

B. Aspecte endocrino-metabolice

a) funcția glandei suprarenale a fost evidențiată prin determinarea eliminării urinare a 17 cetosteroizi. S-a remarcat că la cele mai multe cazuri valoarea de eliminare a acestor hormoni s-a situat sub limita minimă a normalului (sub 7 mg/24 h);

b) funcția tiroidiană a fost relevată prin determinarea P.B.I., în multe cazuri nivelul acestui parametru situându-se la valori ce atestă un stadiu de hipofuncționalitate (sub 4 mg %);

c) tabloul seric al proteinelor serice totale și complexe (glicoproteine, acidul sialic și seromucoidul) a relevat:

- valori crescute a glicoproteinelor la un număr redus de cazuri;
- valori între limite normale ale acidului sialic, unele cazuri prezentând creșteri nesemnificative;
- valori semnificativ crescute ale seromucoidului la toate cazurile studiate, creșterea atingând 85% peste limita acceptată ca fiziologică. De notat o frecvență crescută a creșterilor semnificative a valorilor acidului sialic în afecțiunile reumatice în comparație cu grupul suferind de afecțiuni vasculare;
- tabloul lipidelor serice arată valori crescute ale lipidelor totale și colesterolului atât în afecțiunile vasculare, cât și în cele coronariene, observația fiind în concordanță cu datele din literatură. La grupul prezentând cardiopatie creșterea lipidelor precede detecția clinică a infarctului.

Raportul celor trei categorii de parametri – nervos, endocrin și metabolic – relevă relații ce pot caracteriza disfuncția atât a axului hipofizo-suprarenal, cât și a celui hipofizo-tiroidian în cazul nevrozelor, de altfel stabilite cert în literatură.

II. Influența acută și cronică a veninului de albine

A. Condițiile tratamentului

Observațiile noastre se referă la o treime din cazurile discutate, care au prezentat afecțiuni vasculare la ambele sexe (cazuri cuprinse între 40 și 60 de ani) și care au fost tratate cu VA natural prin aplicare de albină (constituind o doză). După tehnica raportată înțepătura a fost aplicată pe o papulă intradermică realizată cu o doză de 0,2-0,3 ml de procaină hidrocloridică (1-2%).

Primele două serii de tratament administrat au cuprins perioada aprilie-octombrie și au fost constituite din 180-200 de doze, aplicate gradat până la limita de 12-15 doze la intervale de 5-8 zile. În următorii ani (3-11 ani) seriile de menținere a tratamentului au fost efectuate în timpul verii cu 80-100 doze fiecare. Nu s-a asociat nici o medicație specifică. Diabetul ca o afecțiune asociată a fost detectat la 7 pacienți și s-a tradus prin intoleranță la VA (numai 5-6 doze) determinând reacții neurovegetative exagerate care au impus întreruperea tratamentului. Tratamentul administrat restului de pacienți nu a cauzat nici o dificultate.

B. Efectele acute

Chiar de la începutul aplicării VA (după administrarea de aproximativ 100 de doze) am putut nota o sistematică descreștere a impotenței funcționale a membrilor inferioare, cu reducerea claudicației intermitente, o evoluție pozitivă stabilindu-se după primele serii. În același timp oscilometria arterială s-a putut detecta, chiar la cazurile unde bilateral nu era detectabilă.

În același timp o îmbunătățire a tabloului electrofiziologic cerebral (indicele alfa, EDR și RCI ca dinamică), pe lângă starea somnului au putut fi consemnate ca evidente.

C. Efectele cronice

Îmbunătățirea unor fenomene somato-fiziologice observate în faza acută a tratamentului constituit a continuat pe toată perioada observării cazurilor în cursul stagiilor de terapie (7-11 ani). În această situație modificările circulatorii și neurodinamice cerebrale au căpătat aspectul unei dezvoltări favorabile sistematice. Pe de altă parte tabloul metabolic nu a arătat modificări în domeniul lipidelor și proteinelor.

Observațiile noastre privind tratamentul cu VA natural la pacienți, în condiții normale de habitus, au arătat că acest efect este specific cu atât mai mult cu cât:

- pe de o parte pacienții tratați cu VA au suferit, în prealabil în condițiile medicinei uzuale, tratamente balneo-fizioterapice fără nici un rezultat privind stoparea evoluției bolii;

- pe de altă parte, VA a fost deliberat aplicat fără nici un tratament hormonal sau o dietă severă, aceasta fiind limitată doar la reducerea exceselor și asociată doar cu echilibrarea balanței vitaminice la început.

Observațiile noastre arată că:

- VA este capabil de a reduce disfuncțiile neurogene, care, după părerea noastră, sunt prezente la toți pacienții cu afecțiuni degenerative arteriale, situație care contribuie esențial la tabloul patogenic al modificărilor funcționale ale neurodinamicii cerebrale;

- tratamentul cu VA trebuie suplimentat cu o terapie adecvată corecției tabloului endocrino-metabolic interesat acestor stări patologice.

III. Necesitatea studiilor de completare privind mecanismele ce au loc în domeniul etiopatogeniei și al profilaxiei antrenate de utilizarea VA

Efectele VA asupra neurodinamicii și circulației pot fi considerate în raport de stările gnoseologice: afecțiunile arteriale periferice degenerative și chiar cu afecțiunile coronariene sub două aspecte practice ale medicinei: curativ și profilactic.

Din punct de vedere curativ, acestea solicită ca necesitate a asigurării unui randament optimal:

a) stabilirea unei terapii endocrino-metabolice compatibile cu acțiunea VA în sens sinergic astfel ca să se corecteze efectele negative ale veninului asupra unor glande endocrine (tiroida, ovarele, ș.a.). Un aspect deosebit îl realizează, după observațiile noastre de până acum, starea de diabet care are și caracteristica asocierii cu sindromul arteritic degenerativ;

b) corectarea disfuncției neurodinamice cu tratamentul cu VA, asociat cu alte terapii adecvate în stadiul cât mai precoce de determinare (ușor de detectat prin „indicatorii” folosiți și preconizați și de noi) în ideea de prevenire a apariției clinice a sindromului de arterită degenerativă;

c) studierea, în asemenea condiții, a modalităților terapeutice optimale cu VA;

d) pentru aspectul profilactic este de reținut: considerarea efectului VA asupra balanței neurodinamicii cerebrale ca o modalitate eficientă, determină perspectiva practică a extinderii acestui efect benefic și la cazurile cu nevroze în stadiul prec linic sau clinic, în diferite forme.

Considerăm demn de menționat că tratamentul cu VA necesită o individualizare bio-medicală cu o acuratețe corespunzătoare mai ales în ceea ce privește tabloul neuro-endocrino-metabolic al fiecărui caz, atât în timpul tratamentului (în raport cu datele de început) pentru a realiza o bună toleranță cât și pentru un bun efect terapeutic.

OFTALMOAPITERAPIE

Dr. Mircea P. POPESCU, Dr. Dana Alexandra POPESCU

Folosirea produselor apicole în tratarea unor boli oculare a permis vindecarea mai multor afecțiuni care nu au avut reușită prin terapia convențională (alopată).

Complexitatea fenomenelor funcționale ale globului ocular, care este cel mai important organ de simț, a beneficiat din plin de componentele naturale chimice ce se găsesc în produsele stupului: mierea, lăptosorul de matcă și propolisul.

Ochiul beneficiază de această terapie, mai ales că există posibilitatea de a primi aceste substanțe și prin aplicarea directă pe globul ocular sub formă de soluții – colire, care au asemănare cu lacrimile.

Conjunctiva, care este primul înveliș al ochiului și care vine în contact direct cu mediul înconjurător, poate asimila prin absorbție de contact substanțele aplicate în picături în sacul conjunctival. De asemenea, corneea care reprezintă geamul transparent al ochiului și este plasată la polul anterior are proprietatea de a absorbi prin epiteliul său substanțele aplicate local. Deci una din căile de tratament al numeroaselor maladii oculare de pol anterior și chiar pol posterior beneficiază de aplicări locale.

Aplicările locale se fac prin instilații – picături – și prin forma de miceli realizate prin aerosolizarea produselor apicole. Aerosolizarea reușește să rupă moleculele chimice ale substanțelor folosite, iar prin mișcările browniene se realizează o încărcare electrică a miceliilor. Aceste miceli încărcate electric, fie pozitiv fie negativ, pătrund mai ușor prin membranele celulare ale epiteliului corneean și conjunctival, și apoi, ajunse în interiorul acestor celule, se reunesc la loc în moleculele din care au provenit și acționează după specificul lor. Astfel, forma de miceli permite o penetrare sigură a substanțelor care altfel, din cauza mărimii celulare (greutate moleculară), n-ar putea pătrunde și acționa în diversele stadii metabolice specifice și dereglate ale țesuturilor oculare. Această formă de aplicare locală scurtează calea pe care o parcurg prin sistemul circulator în general, care este foarte lung și care se folosește când se administrează substanțele *per os*, mai ales că la nivelul globului ocular există și o barieră hemato-oculară, care îngreunează și ea viteza de circulație a substanțelor.

Desigur, căile locale de aplicare a substanțelor la nivelul ochiului sunt foarte bune pentru o rapidă oprire a unor afecțiuni acute, dar mai ales subacute și cronice.

Studiile științifice efectuate de noi în ultimii ani în oftalmoapiterapie ne-au dat posibilitatea să constatăm rezultate spectaculare din vindecări a unor afecțiuni oculare fără nici o ameliorare prin tratamentele clasice (alopate) aplicate anterior.

Oftalmoapiterapia are și o acțiune de reechilibrare a diverselor funcții oculare care nu au ajuns în faza de boală evidentă, cu simptomatologie clasică, ci numai un început de disfuncție de adaptare, oboseală și imposibilitate de redare a

imaginilor clare, precise și prompte ale mediului înconjurător sau al formelor de muncă (scris, citit etc.) și deci de revenire la normal și la performanțe optime ale ochiului. Este de știut că orice muncitor de orice categorie, după 4 ore de muncă continuă, începe să dea semne de oboseală oculară și generală și să nu mai realizeze randamentul muncii scontat.

Și în aceste cazuri produsele apicole folosite în scheme de tratament preventiv pot realiza mențineri funcționale oculare normale, deci o homeostazie oculară bună. Astfel, chiar întreg randamentul organismului uman este influențat de modul cum este informat sistemul nervos central, precum și sistemul endocrin de către ochi în ansamblul său. Pe lângă această oftalmoapiterapie curativă și preventivă, trebuie avută în vedere și o igienă oculară normală și mai ales funcționarea în timpul lucrului de aproape, cititul, scrisul etc. În oftalmoapiterapie am pornit de la principiile clasice și anume: a) mecanismele funcționale oculare și modul de dereglare a lor în modul de viață în general și; b) principiile componente existente în produsele stupului care pot influența și edificiul funcțional al ochiului.

Am studiat produsele apicole (mierea, lăptișorul de matcă, polenul și propolisul) și mai ales componentele lor și modul cum pot influența, prin proprietățile lor echilibrul metabolismului ocular, îndeosebi prin componente specifice, ținând seama de posibilitatea de aplicare locală. Studiile s-au axat pe afecțiunile care sunt mai frecvente în patologia oculară și care pot beneficia de aceste produse naturale. Ne-am ocupat de procesele inflamatorii subacute și cronice ale polului anterior ocular: conjunctiva, corneea, sclera, irisul, cristalinul, anexele globului ocular, pleoapele, și pentru polul posterior am folosit tratamentul în disfuncții ale chorioretinei și chiar ale nervului optic.

De asemenea, în prevenirea unor dezechilibre funcționale ce apar în patologia refracției și acomodatiei, rezultatele au fost excelente. Am realizat cercetări științifice experimentale și clinice cu aceste produse, pentru a putea stabili mecanismele de acțiune a substanțelor și modul de administrare, precum și incompatibilitățile unor fracțiuni în unele cazuri, atunci când s-au ivit. Aceste studii ne-au dat posibilitatea să realizăm indicații precise a diferitelor produse ale stupului în anumite cazuri. Vom reda în continuare rezultatele obținute prin aplicarea terapiei naturiste apicole în unele afecțiuni oculare studiate.

AFECȚIUNI PALPEBRALE

Pleoapele sunt cele mai importante anexe ale globului ocular. Ele sunt două formațiuni musculo-membranoase, ce prin apropierea lor ocluzionează partea anterioară a piramidei orbitare și acoperă globul ocular. Astfel îl protejează împotriva agresiunilor de orice fel: corpi străini, praf, fum, lichide etc.

Deci sunt primele formațiuni care vin în contact cu mediul exterior. De asemenea, ele au rolul de a lubrefia globul ocular prin mișcările de clipire, care sunt în număr de 17 pe minut.

Astfel, ele întind un film fin de 4 microni grosime de lichid lacrimal pe corneea și conjunctivă, care folosește și la oxigenarea și nutriția țesuturilor. Prin aceste mișcări de clipire elimină fragmentele fine de particule ce se pot localiza la

polul anterior ocular, iar prin lizozimul conținut în lacrimi, care are acțiune bacteriostatică, menține echilibrul microbian al florei conjunctivale.

Afecțiunile cele mai des întâlnite la nivelul palpebral, care produc, prin inflamația marginii libere, simptome ce duc la disconfort funcțional și la un aspect estetic modificat (ochi roșu, pleoape tumefiate etc.) au fost cele pe care le-am studiat și tratat. Majoritatea cazurilor studiate - peste 90% - au fost cele care nu au avut rezultate favorabile prin tratamentele urmate anterior, aplicând terapia obișnuită convențională.

Aceste afecțiuni sunt subacute și cronice, cu etiologii diverse. Categoriile grupate au fost blefaritele – eritematoase, scuamoase și ulcerate. În perioada de cercetare, de peste 15 ani, am studiat 2.342 de cazuri de blefarită care, prin calcule statistice, au arătat un procent de vindecări de 86%, ameliorări 11% și fără modificări 3%. Aceste afecțiuni, care au determinat bolnavii să se prezinte spontan la consultații, nu au avut rezultate bune prin tratamente convenționale (alopate) și au produs permanent un disconfort ocular caracterizat în general prin congestia pronunțată a marginilor palpebrale, tiloză cu scuame și în unele cazuri madaroză și prurit.

Terapia instituită a fost repartizată ținându-se cont de proprietățile substanțelor conținute în colire, necesare diferitelor aspecte patologice morfofuncționale ale pleoapelor. Pleoapele, aceste două formațiuni musculo-membranoase, sunt foarte bogat vascularizate și innervate. Vascularizația este legată prin sistemul arterial atât de vasele masivului facial, cât și – profund – de artera oftalmică, care este ramură din carotida internă ce irigă și substanța cerebrală. Venele se varsă în venele feței și o parte în venele orbitei care, la rândul lor, merg în sinusul cavernos intracranian. Hemodinamica acestor vase este asigurată de o inervație bogată a pereților și de variațiile presiunii sangvine dependentă de modificările intraorbitare, intraoculare prin anastomoze cu arterele ciliare anterioare care pătrund în globul ocular. Deci orice modificare de presiune în sectoarele orbital și intraocular poate acționa ușor prin anastomoze și asupra pleoapelor. De aceea, ori de câte ori există procese inflamatorii orbitare sau intraoculare se produc și la nivelul pleoapelor modificări hemodinamice cu eritem și edem parțial sau generalizat. Vasele realizează la nivelul pleoapelor, un cerc arterial la bază și unul la marginea lor liberă. La acest nivel al marginii palpebrale găsim cili (genele), care au în jur glande sebacee – Zeiss și ale lui Meibomius. Glandele lui Meibomius coboară din tars și se deschid la nivelul mijlocului marginii libere a pleoapelor. Secreția lor este compusă din substanțe grase care lubrefiază aceste porțiuni, realizând un film fin ce ușurează mișcările pleoapelor, ajută la aglutinarea și eliminarea particulelor foarte fine de pulbere – aerosoli din atmosferă și reduc evaporarea lacrimilor, oprindu-le la nivelul polului anterior ocular – corneea și conjunctiva.

Acest edificiu protector al ochiului care sunt pleoapele are un rol și în întinderea filmului foarte fin de 4 microni al lacrimilor, care vine și acoperă corneea și conjunctiva ca o peliculă cu rol nutritiv pentru ele. Lacrimile păstrează și echilibrul bacteriologic al polului anterior ocular, având un bacteriostatic – lizozimul. Flora microbiană atmosferică vine în contact cu aceste elemente –

pleoapele, conjunctiva și corneea – dar este redusă la o floră saprofită ce permite funcția oculară.

Echilibrul acesta bacteriologic face să avem ochii clari, luminoși, strălucitori, pleoapele suple, mobile, cu cilii (genele) orientate extern, ușor răsfrânte înapoi, ce dau în ansamblu o eleganță și oglindesc o stare de sănătate a întregului organism.

Cauze neprevăzute interne sau externe fac ca acest echilibru să fie modificat și să apară frecvent stări patologice la aceste zone de avangardă, de apărare a celui mai important organ de simț – ochiul, asemuit cu o cameră de luat vederi, necesare existenței noastre, prin informarea sistemului nervos central de tot ce se întâmplă în jurul nostru și deci să putem să ne adaptăm, în orice moment. Aceste date de funcționalitate palpebrală ne ajută să înțelegem felul în care se produc modificările patologice și deci cum vom interveni pentru restabilirea homeostaziei la acest nivel. Examenul ocular efectuat pentru stabilirea diagnosticului au cuprins o baterie de teste: examenul simțului formelor, examen prin luminaj lateral focalizat – biomicroscopie, examenul fundului de ochi, examenul presiunii în artera oftalmică, examenul tensiunii intraoculare, examenul skiascopic, examenul bacteriologic cu antibiogramă a secreției conjunctivale.

Blefaritele s-au instalat pe un teren biologic deosebit, adică un tip anatomo-funcțional ocular cu unele modificări limită, în ceea ce privește vascularizația, inervația și mai ales apărarea antimicrobiană. De asemenea, au contribuit și deficiențe în igiena personală oculară, a mediului de lucru (muncă), intervenția factorilor poluanți din atmosferă (praf, fum, gaze toxice, aburi etc.), deficiențe în igiena alimentară, în modul de funcționare a sistemului optic ocular (nu au purtat corecție optică – ochelari) etc.

Toți acești factori au contribuit la apariția unor fenomene de disconfort vizual – ocular și estetic (ochi permanent congestionați – roșii). Deoarece a intervenit o componentă alergică prin alergizarea organismului și mai ales a ochilor – a pleoapelor și conjunctivei care vin primele în contact cu antigenii agresivi din atmosferă -, a fost nevoie să se intervină și prin tratament general. Conduita terapeutică a vizat, în toate cazurile, un tratament ocular local și un tratament general care să echilibreze homeostazia humorală și mai ales cea de apărare. Fiind vorba, în mod normal la ochi, de existența unui echilibru bacteriologic menținut de lacrimi prin lizozim – substanță bacteriostatică -, se constată, în mod patologic, slăbirea acțiunii acestei substanțe și apariția simptomelor anormale (fig.1).

Am considerat indicarea fiecărui colir la grupele de afecțiuni în raport cu specificul acțiunii al substanței de bază cuprinse în el (miere, lăptișor de matcă și propolis) și mai ales cu reacțiile patologice oculare care urmează să fie modificate și normalizate.

În aplicarea acestor colire la grupele de afecțiuni, am ținut seama de substanțele de bază conținute în miere, lăptișor de matcă și propolis pentru acțiunea lor locală (fig. 2).

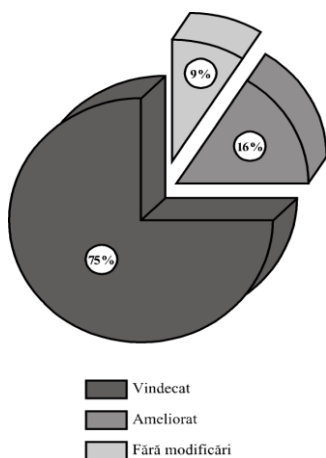


Fig. 1 – Rezultatele obținute în blefaritele eritematoase – grafic procentual

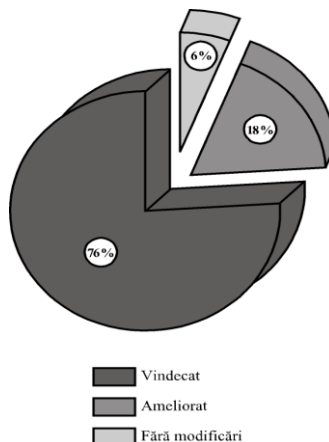


Fig. 2 – Rezultatele obținute în blefaritele scuamoase – grafic procentual

Mierea conține glucoză și fructoză 70-80%, substanțe minerale 0,1-0,8% și mai ales sodiu, potasiu, calciu, fier, fosfor, cupru, sulf, vitamine și substanțe bacteriostatice. Colirul cu miere (Colmel) l-am aplicat în blefaritele eritematoase. În aceste grupe de afecțiuni există dezechilibrul metabolic local al țesutului conjunctiv, unde echilibrul de membrană celulară nu se mai realizează și schimburile metabolice nu au loc normal. De asemenea, flora microbiană saprofită începe să se exacerbeze ușor prin acțiunea insuficientă a lizozimului din lacrimi. Intervenția substanțelor minerale din colir împreună cu componentele bacteriostatice, glucoza și vitaminele existente, opresc acest dezechilibru cronic și mai ales restabilesc hemodinamica locală, care producea congestia și fenomenele subiective. Pe lângă tratamentul local prin aplicarea colirului prin instilații și prin aerosoli oculari am aplicat și un tratament general cu *Melcalcin*, *Polenapin*, *Proposept*, *Lăptișor de matcă* (fig. 3).

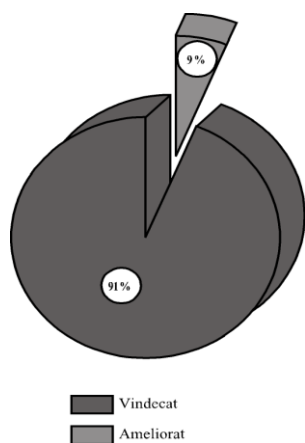


Fig. 3 – Rezultatele obținute în blefaritele ulcerate – grafic procentual

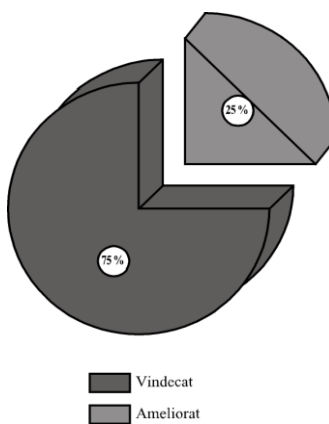


Fig. 4 – Rezultatele obținute în blefaro-conjunctivite – grafic procentual

Preparatele aplicate general au echilibrat starea generală humorală prin proteinele conținute, prin vitamine (riboflavină, tiamină, piridoxină etc.), aminoacizi, substanțe minerale (Ca, Na, K etc.) care în aceste afecțiuni sunt reduse și dau perturbări în menținerea trofismului atât palpebral, cât și conjunctival.

Colirul cu lăptișor de matcă l-am aplicat în blefaritele scuamoase, unde elementul patologic acționează în stratul epidermic al tegumentului care se termină la marginea palpebrală și descuamează acest strat. Acest colir conține proteine 12,34%, grăsimi 6,46% și vitamine (tiamină, riboflavină, piridoxină, acid folic etc.), care au intervenit la nivelul celulelor epiteliale și au înlocuit elementele ce lipseau, restabilind funcția normală. De asemenea, am aplicat și general Melcalcin, Polenapin, Proposept și Lăptișor de matcă tablete.

În blefaritele ulcerose am aplicat un tratament local prin eliminarea microabceselor, instilații cu soluție cu propolis și Unguent oftalmic cu propolis (fig. 4).

Nu am neglijat să prescriem la toate aceste grupe de blefarite (eritematoasă, scuamoasă și ulcerosă) păstrarea unei igiene oculare, purtarea ochelarilor acolo unde era cazul și tratamentul general (Melcalcin, Polenapin, Proposept și Lăptișor de matcă tablete), precum și un regim alimentar.

Micelii moleculare din produse apicole

Afecțiunile oculare se pot trata prin aplicarea medicamentelor direct la nivelul sacului conjunctival. Acest fapt realizează o grăbire a restabilirii stării homeostatice normale față de medicația aplicată pe cale generală, perenteral sau *per os*.

Căile de aplicare locală folosesc fie soluții ce cuprind medicamentul necesar, și acestea se numesc colire, fie forma de unguent. Formele de aplicare locală sunt: instilații în fundul de sac conjunctival, injecții subconjunctivale, micelii moleculare (aerosoli) și iontoforeză. Toate studiile experimentale s-au efectuat pentru a stabili care cale este mai eficientă, adică cea care reușește să facă să pătrundă substanța în procent mai mare în interiorul globului ocular și în cel mai scurt timp. Cercetările s-au efectuat dozându-se substanțele aplicate în umorile ochiului – umoare apoasă și corp vitros. S-a constatat că cea mai mare cantitate care pătrunde în ochi este cea administrată prin micelii moleculare – aerosoli oculari, apoi ionoforeza, injecțiile subconjunctivale și, ultima, calea instilațiilor.

Am aplicat, pentru prima oară, miceliile moleculare – aerosoli oculari, în anul 1952, realizând o mască oculară și o alta pentru ochi, nas și gură, cu care am efectuat tratamente oculare în diferite afecțiuni, cu rezultate foarte bune prin restabilirea funcției normale oculare. Rezultatele au fost comunicate în țară și în străinătate. La al XXII-lea Congres Internațional de Oftalmologie de la Kyoto – Japonia, am obținut, pentru această invenție, premiul al doilea decernat de prezidiul congresului (fig. 5).

FORMAREA MICELIILOR (prin aerosolizare)

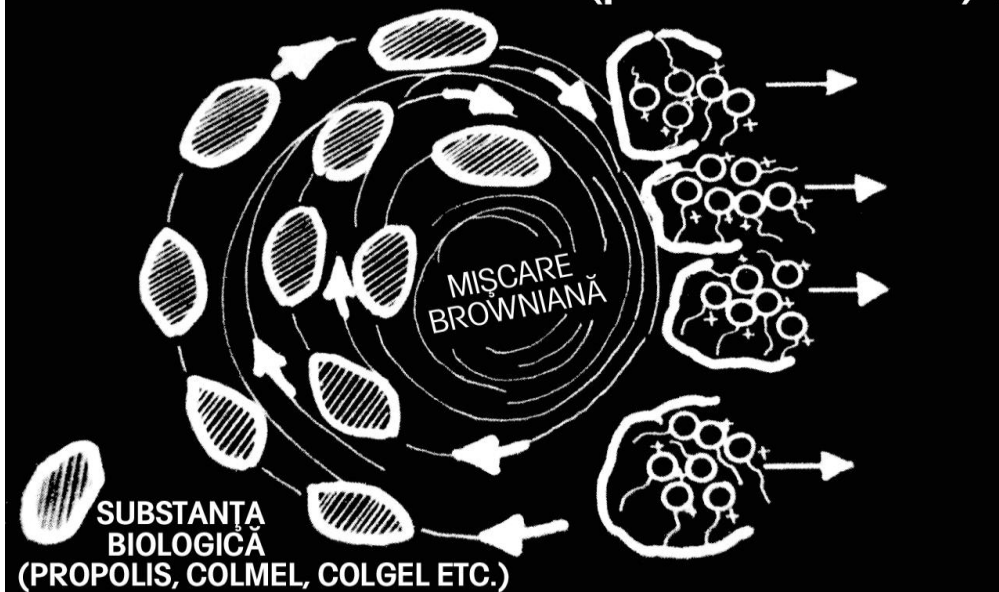


Fig. 5 – Formarea miceliilor moleculare prin aerosolizare

Penetrarea substanțelor prin metoda micelii moleculare – aerosoli oculari – în cantitate mare în umorile oculare este datorată faptului că substanțele folosite sunt transformate în micelii moleculare. Miceliul molecular este o particulă foarte fină, sub un micron ca mărime, care ia naștere prin aerosolizarea substanței, prin mișcarea browniană care se crează și prin ruperea moleculelor și realizarea unei stări coloidale, în care particulele foarte mici – miceliile se încarcă electric având același semn electric. Prin această formă de miceliu molecular substanța pătrunde în celulele epitelului corneean și conjunctival, în cantitate mare, apoi se reunesc și realizează molecula inițială de la care au fost formate. Penetrarea este rapidă și acțiunea la nivelul țesuturilor oculare este eficace, oprind procesele morbide și restabilind funcția normală cu transparența corneeană. Producerea miceliilor moleculare s-a realizat prin aerosolizarea substanței, aplicate ocular cu masca specială oculară M.P. POPESCU.

Experimental am studiat prin dozarea în umorile ochiului la iepure cu o mască specială realizată de M.P. POPESCU adaptată pentru craniul iepurelui. Dozările s-au făcut din 2 în 2 ore din umoarea apoasă și corpul vitros timp de 24 de ore. S-a constatat concentrația maximă în primele 6-8 ore de la aplicarea miceliilor.

Miceliile moleculare având dimensiuni foarte mici și încărcătură electrică pot penetra în celulele epiteliale prin micile stomate și pe la nivelul desmozomilor (fig. 6).

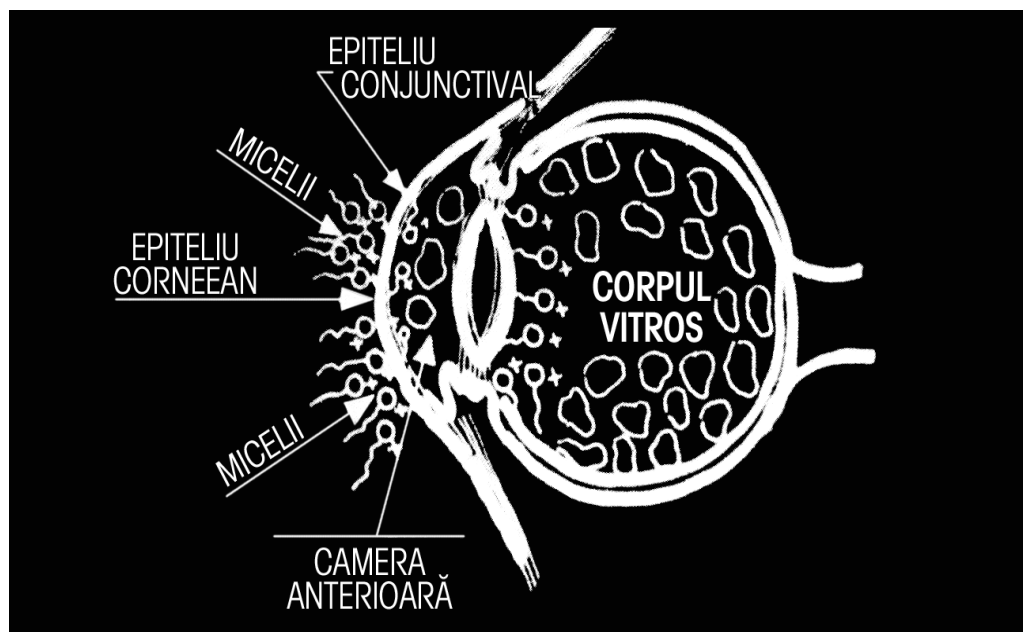


Fig. 6 – Mecanismul pătrunderii miceliilor moleculare din substanțe biologice în camera anterioară oculară și corpul vitros și reconstituirea moleculelor inițiale de la care au provenit

Miceliile moleculare ajunse în interiorul celulei se regroupează și din starea coloidală, care a fost la intrarea în celulă, apar moleculele din care au fost produse, care încep în protoplasma celulelor să intervină fizico-chimic. Astfel, foarte rapid substanțele pot acționa la nivelul țesuturilor oculare, traversând corneea, conjunctiva, pătrunzând în umoarea apoasă și apoi în corpul vitros, unde este nevoie de restabilirea metabolismului.

Substanțele cu greutate moleculară mare pătrund greu la nivelul polului anterior ocular și deci au o acțiune oculară, de asemenea, întârziată și de aceea este absolut necesară transformarea lor în micelii moleculare, pentru o acțiune rapidă și eficientă.

Putem aminti și faptul că produsele introduse parenteral sau *per os* ajung la ochi cu mari întârzieri și deci intervenția lor este lentă, cunoscându-se și existența barierei hematooculare.

Deci această formă de aplicare prin micelii moleculare este cea mai activă și rezultatele sunt din cele mai bune posibile și putem menționa și revenirea la normal a homeostaziei oculare.

Echilibrul de membrană celulară corneean și conjunctival este menținut prin participarea miceliilor moleculare coloidale provenite din substanțele ce se aplică în terapia oculară.

Terapia locală prin micelii moleculare am folosit-o în afecțiuni de pol anterior – conjunctivite, blefarite, episclerite, sclerite, iridociclite, keratite, cataractă și altele, folosind substanțe apicole sub formă de soluții: Colmel, Colgel și soluție cu propolis. Rezultatele au fost excelente și am putut efectua acest tratament pe o

perioadă de peste 40 de ani la un număr foarte mare de bolnavi, care vor fi amintiți la descrierea diferitelor grupe de afecțiuni oculare. În unele cazuri ce au prezentat o rezistență diminuată de apărare a organismului am asociat și un tratament general cu preparatele: Polenapin, Melcalcin, Proposept și Lăptișor de matcă.

Miceliile moleculare obținute prin aerosolizare și aplicate local ocular au dat rezultate foarte bune chiar de la prima ședință.

Astfel, fenomenele subiective de jenă oculară, senzația de corp străin, usturime, prurit, durere locală au dispărut în majoritatea cazurilor de la primele ședințe.

Mecanismul fiziologic se explică prin penetrarea miceliilor moleculare în cantitate mare prin membranele celulare, având o mărime foarte mică, intrând în structura țesutului ocular și restabilind echilibrul ionic, metabolic, enzimatic, al tuturor schimburilor, astfel încât exudatul care există din cauza afecțiunii pericelular și perivascular este oprit în producerea sa și apare fenomenul de resorbție. De asemenea, se cunoaște sensibilitatea mare a corneei, care este cel mai important plex nervos din organism care poate să producă stres lipotimic prin atingerea simultană a ambelor corneii. În orice afecțiune iritativă corneea devine sensibilă prin modificări fiziochimice în jurul terminațiilor nervoase, ce sunt aproape de membranele celulare ale primului strat epitelial. În această situație de hipoxie și de depolarizare apar senzațiile de disconfort, dureri oculare ce se transmit la centrii nervoși superiori. Aceste modificări de chemo și barorecepție sunt cele care ne informează asupra afecțiunii oculare. Intervenția miceliilor moleculare din prima ședință oprește și reduce depolarizarea prin intervenția ionilor Ca^{++} , Na^{+} și K^{+} care sosesc direct și restabilesc primul flux neuronal care era întrerupt. În același timp, O_2 care pătrunde o dată cu miceliile moleculare participă la echilibrul metabolic local.

Miceliile moleculare conțin fragmente de vitamine, flavone, proteine, glucoză, acizi aminați, ADN intervine urgent la realizarea ADN specific corneean și conjunctival, care își reia cursul normal. Mucopolizaharidele de aspect coloidal din corneea, își refac structura prin apariția miceliilor coloidale. De asemenea, prostaglandinele E_2 și F_2 care se sintetizează la orice agresiune oculară sunt inhibitate de aceste micelii moleculare, oprind astfel producerea exudatelor patologice și toate fenomenele inflamatorii.

Aceste mecanisme intervin în vindecarea mai rapidă a modificărilor patologice oculare. Aplicarea substanțelor sub formă de micelii moleculare local ocular este cea mai bună metodă de tratament, dând rezultate excepționale pentru restabilirea homeostaziei oculare și deci a funcției normale oculare, cu o vizibilitate perfectă.

Miceliile moleculare pătrund și în interiorul ochiului în umoarea apoasă și în corpul vitros și deci pot acționa direct asupra aparatului acomodativ: corp ciliar, mușchi ciliar și mai ales la schimburile nutritive ale lentilei cristaliene. De asemenea, acționează și asupra trabeculului, putând să restabilească by-pass-ul la acest nivel prin starea coloidală specifică structurii sale reticulare.

Participă, de asemenea, prin pătrunderea în corpul vitros, și la obținerea transparenței edificiului coloidal al acestui mediu, care are o structură deosebit de

fină transparentă, pentru a permite să ajungă nemodificate cuantele de lumină (care sunt excitantul natural al retinei) la straturile neuronale: conuri și bastonașe din retină.

Miceliile moleculare pot participa la procesele fotofiziochimice de la nivelul extremității externe a neuronilor conuri și bastonașe facilitând proprietatea piezoelectrică a acestor neuroni.

Participă la transformarea energiei luminoase – cuantele de lumină, în energie electrică de potențial diferit modulată, care se transmite superior prin căile optice la proiecția corticală, unde psihic imaginea – mesaj recepționat ca la un aparat de luat vederi – ne dă un instantaneu al mediului înconjurător.

Afecțiunile de pol anterior pe care le-am tratat cu acest procedeu s-au vindecat în procent de 90%, restul au fost ameliorate – 8% și staționar – 2%.

Grupele de ameliorare și staționare au prezentat complicații cu maladii generale, focare de infecție etc., care au avut nevoie de tratament combinat prin procedee adaptate, operații etc. pentru oprirea acestor procese.

În concluzie, putem indica procedeul de aplicare a terapiei locale oculare prin micelii moleculare ca cel mai eficace dintre toate tehnicile locale de aplicare a medicamentelor la nivelul ochiului.

AFECTIUNI CONJUNCTIVALE

Dintre formațiunile protectoare ale globului ocular, aparatul periferic, cel mai important organ de simț, este conjunctiva.

În actul funcțional ocular din starea de veghe, conjunctiva care îmbracă porțiunea anterioară a globului ocular vine permanent în contact direct cu mediul înconjurător atmosferic, care poate prezenta modificări în structura sa cum ar fi: praf, fum, corpi străini, gaze toxice, picături de lichide etc. Conjunctiva, din punct de vedere structural, este o membrană elastică, suplă, foarte subțire, care se modelează pe fața posterioară a pleoapei (porțiunea palpebrală, până la baza pleoapei), apoi realizează un fund de sac (fornix) și trece pe globul ocular propriu-zis, acoperindu-l în zona anterioară (conjunctiva bulbară) până la corneea transparentă. La nivelul conjunctivei (cele trei porțiuni) există o inervație și o vascularizație foarte bine dezvoltată pentru a putea informa prompt – reflex de orice agresiune, care poate fi fizică (corpi străini), chimică (substanțe acide sau baze), biologică (bacterii, virusuri, fungi), antigeni etc.

Frecvența stărilor patologice cu localizări conjunctivale este importantă în morbiditatea oculară și prin aplicarea unei medicații cu produse apicole, atât local cât și general. La cazurile prezentate și la care medicația alopatică nu a dat rezultate bune am reușit să obținem vindecări în medie generală la toate tipurile de conjunctivite în procent de peste 75% prin calitățile terapeutice deosebite ale acestor produse.

În perioada de cercetare științifică oftalmoapiterapică asupra conjunctivitelor (de peste 15 ani) am tratat 3.452 de cazuri, femei și bărbați, în vârste cuprinse între 5-80 de ani, de diferite profesii (preșcolari, școlari, muncitori, tehnicieni, agricultori, funcționari și pensionari).

Dintre aceste cazuri au fost: conjunctivite catarale subacute – 1592, conjunctivite catarale cronice – 1172, conjunctivite alergice – 352, blefaro-conjunctivite – 336.

Peste 60% din acești bolnavi studiați în aceste grupe au mai urmat tratamente la policlinicile de sector, dar neprezentând vindecarea și ameliorarea s-au prezentat la serviciul oftalmoapiterapic.

Localizarea predominant conjunctivală produce o hiperemie a conjunctivei palpebrale, a fundului de sac sau bulbară cu hipertrofie papilară, cu foliculi conjunctivali, fotofobie, lăcrimare și secreție seroasă și seromucoasă. În cazul alergiilor conjunctivale și palpebrale se adaugă la aceste simptome prurit local accentuat.

Terapia aplicată s-a bazat pe proprietățile biologice din structura substanțelor folosite – miere, lăptișor de matcă și propolis, fiind administrată în scheme de tratament atât local cât și general, în raport cu aspectul patologic și morfofuncțional al conjunctivei. Caracteristicile hemodinamice de la nivelul conjunctivei sunt dependente de vasele masivului facial, de vasele intraoculare și chiar de cele intracraniene.

Aceste vase au o inervație bogată în pereții lor, comună cu teritoriile vecine și care este dependentă de modificările intraorbitare și intraoculare și menține sistemul de perfuzie local la nivelul conjunctivei. Existența unor focare inflamatorii orbitare sau intraoculare dă și la nivelul conjunctivei modificări hemodinamice caracteristice. La nivelul polului anterior ocular menținerea unui echilibru bacteriologic este asigurat de lizozimul din lacrimi, care are proprietăți bacteriostatice. În mod normal, ochiul ca organ de simț esențial este plasat extern – fiind expansiune externă a creierului – ca aparat de luat vederi necesare informării scoarței cerebrale și tuturor centrilor nervoși și endocrini care mențin homeostazia întregului organism. Acest echilibru bacteriologic face să avem ochii clari, luminoși, strălucitori, ce dau, în ansamblu, o eleganță și oglindesc o stare de sănătate a întregului organism.

Cauze neprevăzute externe sau interne fac ca acest echilibru să fie modificat și să apară frecvent stări patologice în zona conjunctivelor ce apără cel mai important organ de simț, ochiul, necesar informării sistemului nervos central, pentru a se adapta la orice situație în orice moment.

Examenul au fost efectuate cu o baterie de teste funcționale, cele mai importante fiind examenul bacteriologic ale secreției conjunctivale, cu antibiogramă, testele pentru depistarea alergiei conjunctivale și examenul virusologic. La examenul prin luminaj lateral focalizat și biomicroscopic s-au constatat, local, un eritem al marginilor palpebrale și o hiperemie intensă conjunctivală. De asemenea, marginea palpebrală a fost tumefiată – tiloză și uneori s-a produs o diminuare a cililor palpebrali – madroză. Subiectiv bolnavii au prezentat un disconfort vizual cu jenă la citit, cu usturimi, senzație de corp străin, prurit, fotofobie și fină lăcrimare. S-a constatat și o ușoară secreție seroasă – seromucoasă.

Simțul formelor (acuitate vizuală) a fost normal în 85% din cazuri, iar restul de 15% a prezentat o diminuare, ce a necesitat corectarea cu lentile: astigmatism, hipermetropie, miopie.

La examenul bacteriologic al secreției conjunctivale am întâlnit în 65% din cazuri pneumococul, streptococul și stafilococul. Examenul virusologic a depistat virusul din grupa herpetică cu diverse subgrupe, iar testele alergice au evidențiat alergeni microbieni, praf de casă, produse de animale, medicamente și farduri. Examenul fundului de ochi a fost normal în 80% din cazuri și numai în 20% s-a evidențiat un aspect de fund de ochi hipermetropic cu vasodilatație și modificări de contur papilar. Presiunea în artera oftalmică și presiunea intraoculară au fost normale.

Terapia aplicată a fost adaptată la fiecare grupă de afecțiuni: conjunctivită catarală subacută, conjunctivită catarală cronică, conjunctivită alergică și blefaroconjunctivite.

S-a aplicat un tratament cu instilații în ritm adaptat la forma și stadiul afecțiunii cu colirele: Colmel, Colgel și soluție cu propolis, precum și ședințe de aplicare a miceliilor moleculare prin aerosolizare oculară cu masca M.P. POPESCU cu aceleași colire și în ședințe tot în raport de starea oculară. În unele cazuri și cu afectarea rebordului palpebral am folosit și unguentul cu propolis. În general s-au prescris: Melcalcin, Polenapin, Proposept și Lăptișor de matcă tablete. S-au indicat ochelarii necesari la cei ce prezentau vicii de refracție. Păstrarea igienei oculare s-a indicat în toate cazurile. Bolnavii au fost revăzuți periodic, lunar, așa încât s-a putut urmări rezultatul (fig. 7).

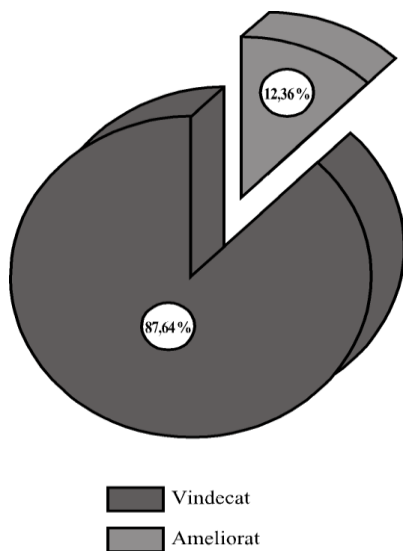


Fig. 7 – Rezultatele obținute în conjunctivitele catarale subacute - grafic procentual

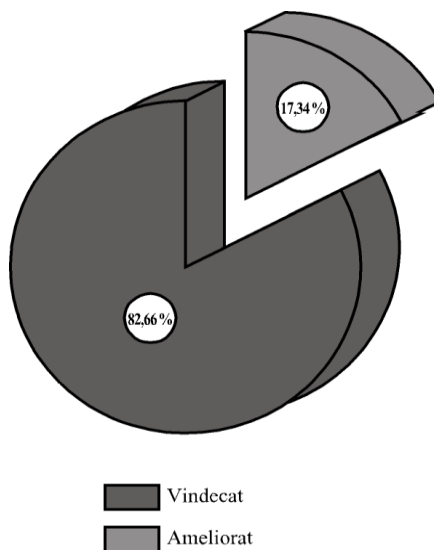


Fig. 8 – Rezultatele obținute în conjunctivitele catarale cronice – grafic procentual

Rezultatele au fost calculate statistic prin metoda Student și s-au determinat media parametrilor esențiali, eroarea standard, coeficientul de variabilitate și probabilitatea. Astfel putem aminti datele pe grupe: la conjunctivite

catarale subacute procentul de vindecări a fost foarte semnificativ ($p<01$) și anume 87,64% și ameliorat 12,36%, la conjunctivite catarale cronice procentul de vindecare este de 82,66% (foarte semnificativ, $p<001$) și ameliorat 17,34%. Conjunctivite alergice – vindecat 62,71% (semnificativ, $p<01$), ameliorat 30,15% și nemodificat 7,14%. Blefaroconjunctivite – vindecat 75,92% (foarte semnificativ, $p<001$), ameliorat 21,58% și nemodificat 2,5% (fig. 8).

Cazurile de la aceste grupe de conjunctivite au prezentat rezultate de ameliorare și chiar nemodificat au prezentat complicații de vecinătate, cum ar fi dacriocistite cronice, infecții de focar sinuzale, dentare etc., care au necesitat tratamente speciale și chiar intervenții chirurgicale (fig. 9).

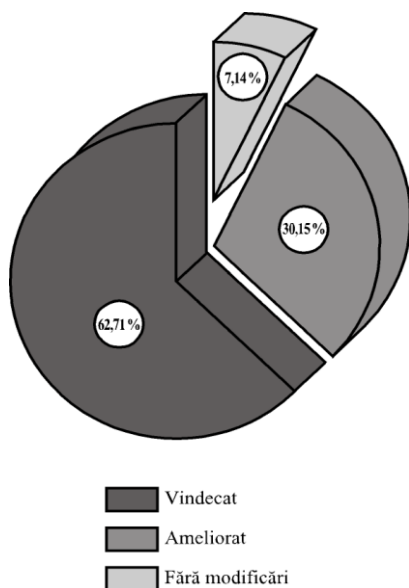


Fig. 9 – Rezultatele obținute în conjunctivitele alergice – grafic procentual

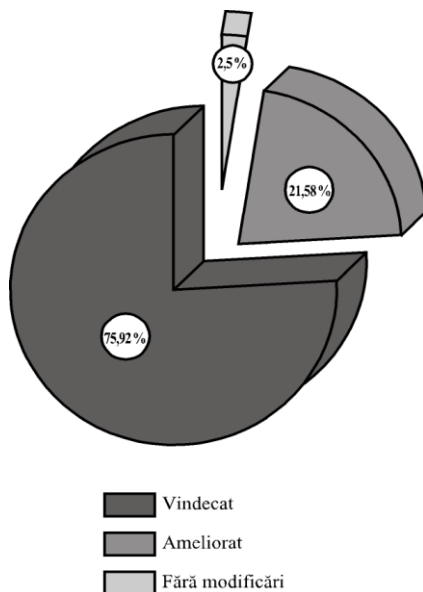


Fig. 10 – Rezultatele obținute în blefaroconjunctivite – grafic procentual

Am studiat din punct de vedere clinic rezultatele tratamentelor cu produse apicole în afecțiuni ale sistemului conjunctival ocular. Afecțiunile acute ale conjunctivei care au prezentat secreție purulentă nu au beneficiat de acest tratament apiterapic, deoarece virulența este atât de accentuată încât nu poate fi atenuată decât de antibiotice cu sferă largă și indicate de antibiogramă. Afecțiunile conjunctivale studiate au fost subacute și cronice. Acest tip de afecțiuni s-a instalat pe un teren biologic deosebit, adică un tip anatomo-funcțional ocular cu unele modificări limită în ceea ce privește vascularizarea, inervația și mai ales apărarea antimicrobiană. De asemenea, au contribuit și deficiențe în igiena personală oculară, ale mediului de lucru (muncă), intervenția factorilor poluanți din atmosferă (praf, fum, gaze toxice, aburi etc.), igiena alimentară, în modul de funcționare al sistemului ocular optic (nu au purtat corecție optică – ochelari) etc.

Toți acești factori au contribuit la apariția unor fenomene de disconfort vizual ocular și estetic (ochi permanent congestionați – roșii) (fig. 10).

În conjunctivita alergică a intervenit alergizarea organismului și mai ales a ochilor, deoarece conjunctiva vine prima în contact cu antigenii agresivi din atmosferă și terapia s-a axat pe produse biologice apicole cu calități antialergice. Terapeutica aplicată de noi a vizat, în toate cazurile, un tratament ocular local și un tratament general, care să echilibreze homeostazia umorală și mai ales cea de apărare. În mod normal la ochi este vorba de un echilibru bacteriologic menținut de lacrimi prin lizozim, dar se constată, în mod patologic, slăbirea acțiunii acestei substanțe și apariția simptomelor anormale.

Am indicat fiecare colir la grupele de afecțiuni în raport cu specificul de acțiune al substanței de bază cuprinsă în el (miere, lăptișor de matcă, propolis) și mai ales cu reacțiile oculare patologice care trebuiau modificate și normalizate. Conținutul în substanțe active cuprinse în miere, lăptișor de matcă și propolis a fost indicat în capitolul „Afecțiuni palpebrale”.

În aceste grupe de afecțiuni mai există dezechilibre metabolice ale țesutului conjunctiv, unde echilibrul de membrană celulară nu se mai realizează și schimburile metabolice nu au loc normal.

De asemenea, flora microbiană saprofită începe să se exacerbeze ușor prin acțiunea insuficientă a lizozimului de lacrimi.

Intervenția substanțelor minerale din colir, împreună cu componentele bacteriostatice, glucoza și vitaminele existente restabilesc acest dezechilibru cronic și, mai ales, hemodinamica locală care producea congestia și fenomenele subiective.

Am aplicat metoda locală a miceliilor moleculare (aerosoli oculari cu masca oculară M.P. POPESCU), care a dat posibilitatea fragmentelor moleculare să pătrundă în celulele epiteliale conjunctivale în procent suficient, restabilind echilibrul local. Medicamentele aplicate general au echilibrat starea generală umorală prin proteinele conținute, prin vitamine (riboflavina, tiamina, piridoxina etc.), aminoacizi, substanțe minerale (Ca^{++} , Na^{+} și K^{+} etc.), care în aceste afecțiuni sunt reduse și dau perturbări în menținerea trofismului funcțional, atât în conjunctivite cât și în blefaroconjunctivite. Flavonele și derivatele lor au acționat în special asupra peretelui vascular, putând interveni la nivelul straturilor celulare și al substanțelor liante (cimentul celular), dând astfel hemodinamicii locale și generale un echilibru homeostatic fără să mai apară exudate, hemoragii etc. În conjunctivitele alergice și în blefaroconjunctivite am aplicat băi oculare cu soluție echilibrată cu propolis, miceliile moleculare prin aerosolizare oculară. Colirul cu propolis a acționat foarte bine prin proprietățile lui antialergice, reducând toate simptomele subiective, de înțepături, senzație de corp străin și mai ales pruritul, care este simptomul patognomonic al componentei alergice. Acest colir a influențat, prin acțiune antiinflamatorie și antialergică, molecular la nivelul epitelului conjunctival. Prin componentele sale, mai ales flavonoizii și substanțele minerale, a putut să reducă rapid simptomele subiective și obiective, având un procent de vindecări de peste 80%.

Considerăm că tratamentul acestor grupe de afecțiuni conjunctivale oculare pot beneficia foarte bine de tratamentul cu produsele stupului, dar

indicarea acestei terapii să se facă după o prealabilă examinare a bolnavului de către medicul specialist oftalmoapiterapeut care, după bilanțul simptomatic și cel al examinărilor oculare, să poată indica schema de tratament adecvată.

AFECȚIUNI CORNEENE

Corneea reprezintă porțiunea anterioară a scleroticii, primul înveliș al ochiului. Ea este plasată la polul anterior al globului ocular și este porțiunea transparentă prin care pătrund razele luminoase în glob și excită retina, dând posibilitatea de a se forma imaginea vizuală prin retină și căile optice la nivelul scoarței cerebrale. Este un complex de dioptri oculari care au o putere dioptrică de aproximativ 20 de dioptri.

Pentru a înțelege mecanismele funcționale normale și apoi dereglările fiziopatologice, trebuie să amintim câteva date anatomo-fiziologice ale corneei. Corneea, puternic dioptru ocular, are un important rol în mecanismul vederii. Date experimentale și experiența clinică dovedesc că în rolul de asigurare a unei acuități vizuale maxime mai importantă decât transparența corneei sunt regularitatea și netezimea suprafeței ei. Din punct de vedere anatomic este compusă din 5 straturi: epiteliul, membrana Bowmann, stroma, membrana Descemet și endoteliul.

Epiteliul corneean cuprinde 5-6 straturi de celule epiteliale nekeratinizate. Aceste celule au citoplasma săracă în organite, ceea ce este sugestiv pentru natura aerobiotică a oxidării de la acest nivel și pentru dependența epiteliului de șuntul pentozic în realizarea metabolizării glucozei. Citoplasma celulelor epiteliale conține granule de glicogen. Primele două straturi superficiale sunt alcătuite din celule legate între ele prin numeroși desmozomi, maculae ocludentes și zonule ocludentes, acestea din urmă fiind specifice regiunii. Suprafața anterioară a epiteliului este acoperită de mucină, proteină cu rol important în menținerea stabilității filmului lacrimal. Celulele stratului bazal al epiteliului prezintă între ele strânse legături realizate de desmozomi și maculae ocludentes. Datorită acestor legături stratul bazal epitelial are o importantă funcție de barieră la trecerea apei, electroliților, glucozei și de realizare a transparenței corneei.

Membrana bazală a epiteliului corneean este produsul de secreție al celulelor epiteliale bazale. Are un rol important în adeziunea celulelor epiteliale, astfel încât atunci când este interesată determină apariția de eroziuni epiteliale recurente.

Membrana Bowmann. Deoarece la microscopul electronic, spre deosebire de microscopul optic, nu se diferențiază nici o structură membranară, s-a propus denumirea de strat Bowmann. Acest strat lipsit de putere regenerativă este constituit dintr-o substanță fundamentală asemănătoare cu cea din stromă, în care sunt dispersate fibrile de collagen, mai strâns legate între ele decât fibrilele din stromă.

Stroma corneeană reprezintă 90% din grosimea ei și are 3 componente:

- lamelele care străbat corneea dintr-o parte în alta a limbului, alcătuite din grupuri de fibrile de collagen dispuse paralel cu suprafața corneei, ceea ce permite

disecția interlamelară a corneei. Lamelele de collagen au un turn-over mai mare de 15 luni;

- keratocitele, fibroblaste modificate, subțiri, cu procese expansive paralele cu lamelele, se găsesc în substanța fundamentală și numai rar între lamele;

- substanța fundamentală produsă de către keratocite, alături de fibrilele de collagen, în timpul embriogenezei și post traumatic.

Membrana Descemet, acelulară, este produsă de endoteliu, pentru care reprezintă o membrană bazală. La naștere are o grosime de 30 de microni, pentru ca pe parcursul vieții să crească în grosime și să ajungă la 40 de microni la senescență. Membrana Descemet este alcătuită din fibre de collagen neelastice vizibile în microscopia electronică și substanța fundamentală bogată în glicoproteine. La microscopul electronic 1/3 anterioară a membranei Descemet are o structură realizată din benzi verticale în timp ce 2/3 posterioare au aspect amorf granular. Corpii Hassal-Henle sunt excrescențe, dezvoltate după vârsta de 20 de ani, din această porțiune posterioară, mai ales la periferia corneei.

Endoteliul corneean unistratificat acoperă fața posterioară a membranei Descemet, astfel încât vine în contact cu umoarea apoasă. Are origine mezodermică și este alcătuit din celule hexagonale cu număr limitat, ce scade cu vârsta, astfel încât golul produs prin moartea unora este umplut de celulele rămase viabile. Celulele endoteliale sunt legate între ele prin complicate legături desmozomiale interdigitale și zonule ocludentes, care înconjoară fiecare celulă în întregime și astfel închid comunicarea cu camera anterioară. Celulele endoteliale sunt legate de membrana Descemet prin hemidesmozomi. Toate aceste tipuri de legături intercelulare sunt dependente de ionii de calciu și au un rol important în funcția de barieră a endoteliului. Celulele endoteliale conțin numărul cel mai mare de mitocondrii după elipsoidele celulelor receptoare retiniene. Aceste mitocondrii bogate în enzime oxidative stau măturie pentru procesele de producere de energie de transport activ, sinteză și secreție de proteine ce au loc la nivelul endoteliului. În citoplasma celulelor endoteliale s-au pus în evidență la microscopul electronic numeroși reticuli endoplasmatici rușoși și netezi, ribozomi liberi, aparate Golgi bine dezvoltate, centrioli cu cili proiectați în camera anterioară, granule de pigment, lizozomi și corpi multiveziculari.

Membrana celulei endoteliale prezintă în partea ei posterioară 20 până la 30 de microvili.

În continuare, pentru înțelegerea mecanismelor fiziopatologice și a modului de acțiune a medicației apicole, trebuie să amintim și câteva date de fiziologie.

Unul din primele roluri ale corneei este cel optic, adică prin transparența sa și refringența dioptrilor pe care îi conține transmite spre retină 90% din lumina incidentă. Înaltul grad de transparență a corneei normale este asigurat de:

- a) factori fizici, aranjamentul uniform și paralel al celulelor epiteliale, arhitectura în pachete strâns legate a lamelelor stromale;
- b) lipsa vaselor sanguine la nivelul ei și;
- c) factori de menținere a stării de deshidratare a corneei.

Corneea, caracterizată prin celularitate diferită la nivelul componentelor sale structurale, este eterogenă și din punct de vedere chimic. Datorită poziției

sale anatomice, toate reacțiile chimice se desfășoară la nivelul corneei la o temperatură mai joasă, de 33°C.

Avascularitatea corneeană îngreunează aportul de substanțe nutritive către cornee. În raport cu celelalte țesuturi din organism corneea este asemănătoare, excepție făcând conținutul ei de glicozaminoglicani (mucopolizaharide) și mecanismul aparte de transport activ de la nivelul endoteliului. Concentrația bioelementelor depinde de starea de hidratare, mai bine zis de deshidratare corneeană. Concentrația de apă a corneei variază între 75 și 80%. Epiteliul este bogat în ioni de Na^+ , iar suma cationilor difuzibili (Na^+ , K^+) este mai mare decât suma anionilor difuzibili. În stromă parte din anioni sunt legați de ionul de bicarbonat și molecula de glicozaminoglicani. Glicozaminoglicanii prezintă câte 27-160 de legături pentru cationi univalenți la nivelul fiecărei molecule. Epiteliul este caracterizat prin lipsa de hidroxilizină și hidroxiprolină, ce dovedește absența completă a collagenului la acest nivel. Sinteza proteică de la nivelul epiteliului este de 5 ori mai intensă decât în stromă și de 2 ori decât în membrana Descemet și endoteliu. Stratul epitelial anterior este bogat în fosfolipide. Tot în epiteliu se găsesc cantități importante de enzime ale șuntului pentozic Embden-Mayerhof și ale ciclului Krebs, aici putându-se desfășura chiar și glicoliza anaerobă.

S-a stabilit că epiteliul corneean conține 200 mol/g ATP, 10 mg/g glicogen, 75-180 mg/g glutation, 47-94 mg/100 g acid ascorbic și cantități importante de colinesterază presupunându-se că acetilcolina ar putea interveni în difuzia cationilor sau/și în buna funcționare a nervilor corneeni. În stroma corneeană, pe lângă 75-80% apă, se găsește collagen și glicozaminoglicani (mucopolizaharide).

Sinteza collagenului, care conține 33% glicină și cantități importante de proteină și hidroxiprolină, debutează în ribozomii keratocitului prin formare de protocolagen, lizină și prolină hidroxilată și este format dintr-o spirală de 3 lanțuri și secretat în mediul extracelular. Lanțurile de procologagen se leagă între ele și formează tropocolagenul insolubil, care prin legături cap la cap ale lanțurilor sale dă naștere collagenului fibrilar insolubil. Pentru sinteza de collagen keratocitele au nevoie de enzime, cofactori și elemente de trasare. Dintre aceștia acidul ascorbic este implicat în hidroxilarea prolinei (protocolagen-procologagen). Collagenul matur, spirală formată dintr-un lanț alfa și un lanț beta, este vulnerabil la collagenază, care are implicații importante în ulcerările corneene.

25% din stroma corneeană cuprinde proteine solubile:

- albumine -1/3 în centrul și 2/3 în periferia corneei;
- imunoglobuline – IgG și IgA în concentrații egale în centrul și periferia corneei; IgM, care nu apar la toate corneele, se găsesc în periferia corneei în concentrație egală cu 1/5 din concentrația serică; anticorpi cu implicații imunologice; glicoproteine.

Glicozaminoglicanii sunt reprezentați de keratan-sulfat, condroitin-sulfat și, specific corneei, condroitinul. Glicozaminoglicanii sunt responsabili de presiunea de hidratare – umflare a corneei.

73% din membrana Descemet este reprezentată de collagen, dispus în fibre cu diametru mic, aflate într-o matrice de glicoproteine, collagen care, spre

deosebire de colagenul din țesutul de legătură, conține în concentrații mai mari glucoză, galactoză și manoză.

Unicelular, endoteliul este mai greu de studiat chimic. Histochimic s-au pus în evidență la nivelul endoteliului corneean enzimele ciclului Embden-Mayerhof, ale ciclului Krebs și ale căii hexozofosfat a glucozei. De aici s-a tras concluzia că endoteliul este implicat în transportul activ al glucozei și ionilor de Na^+ .

Activitatea metabolică a fiecărui strat corneean variază în raport cu masa celulară. Cum masa celulară a epitelului reprezintă 10% din totalul țesutului corneean, cea a stromei 2-3% și cea a endoteliului 1%, rezultă că epitelul este cel mai activ din punct de vedere metabolic. Dar fiecare strat corneean produce energie suficientă pentru a putea fi independent din punct de vedere energetic. S-a calculat rata de consum de O_2 a corneei umane, care este de 0,8-1 micro l/h/mg de țesut uscat; 1/3 este necesară stromei, în timp ce 2/3 sunt consumate de epitel. În timp ce endoteliul își primește O_2 din camera anterioară, epitelul primește O_2 din atmosferă prin lacrimi și din capilarele limbice.

Metabolizarea glucozei, principala sursă energetică pentru cornee, se realizează pe două căi: ciclul Krebs și șuntul hexozomonofosfatului. Rata consumului de glucoză al corneei este de 100 micro g/h/cm², cu 90% din această cantitate consumată de epitel.

Se consideră, la ora actuală, că necesarul de glucoză, nu numai pentru endoteliu, ci și pentru stromă și epitel, este asigurat de către umoarea apoasă. Filmul lacrimal are un turn-over încet și cantități mici de glucoză prin care nu poate asigura aportul de glucoză necesar epitelului, în plus, glucoza, fiind solubilă în apă, pătrunde greu prin epitel. Pe o distanță de 1-2 mm de la limb 20% din necesarul de glucoză al corneei este asigurat de către vasele limbice.

Epiteliul are un consum minim de 50-60 micro g/cm²/oră.

Numai la acest nivel se sintetizează glicogen, care reprezintă 7% din greutatea corneei uscate. Glicogenul reprezintă rezerva energetică pentru cornee, atunci când nu poate fi asigurat aportul exogen de glucoză.

Permeabilitatea medicamentelor în cornee depinde de lipohidrosolubilitatea lor, de mărimea moleculei și de încărcătura lor ionică.

Legat de lipohidrosolubilitatea medicamentelor, s-a constatat că epitelul și endoteliul au conținutul în lipide de 100 de ori mai mare decât stroma corneeană, ceea ce face ca ele să fie rapid străbătute de către medicamentele liposolubile. Pentru ca medicamentul să străbată toate straturile corneene trebuie să fie și lipo și hidrofil.

Pătrunderea medicamentelor în cornee presupune străbaterea membranei celulare. Modelul membranei celulare este un mozaic de lipoproteine globulare. Proteinele globulare sunt repartizate în planul membranei. Ele sunt porțiunile hidrofilice ale membranei celulare. Fosfolipidele sunt aranjate în două straturi, cu capetele ionice la cele două suprafețe ale membranei celulare și cu lanțurile întinse în membrană. Deci porțiunea liposolubilă a fosfolipidelor se află în interiorul membranei, în timp ce porțiunile ionice hidrosolubile aflate la nivelul celor două suprafețe ale membranei permit contactul cu soluția apoasă care se află de obicei de o parte și de alta a membranei celulare. Mărimea moleculei medicamentului este importantă numai pentru moleculele hidrosolubile. Ea trebuie

să fie de patru angstromi pentru ca medicamentul hidrosolubil să filtreze prin membrana celulară. Moleculele liposolubile se dizolvă în porțiunea fosfolipidică a membranei și difuzează în celulă indiferent de dimensiunea și forma moleculei. Pentru a le face penetrabile, unele medicamente se prepară pentru uz oftalmologic în concentrații mai mari, astfel încât în conformitate cu legea masei ele să poată pătrunde în camera anterioară. S-a constatat că numai medicamentele reionizate străbat straturile celulare lipidice. Stroma corneeană este rapid traversată de medicamentele ionizate. Se poate concluziona că un medicament trebuie să fie atât ionizat, cât și neionizat pentru a putea străbate toate straturile corneene. S-a pus în evidență faptul că unguentele lipofilice, deși au contact prelungit cu corneea, pot să nu elibereze medicamentele liposolubile și astfel să nu crească absorbția corneeană.

După aceste date anatomo-fiziologice absolut necesare pentru a înțelege modul de acțiune al medicamentelor apicole în procesele patologice corneene vom arăta rezultatele obținute în afecțiuni corneene în studiile noastre de peste 15 ani.

Am studiat următoarele grupe de afecțiuni:

1) Eroziuni corneene	în 32 de cazuri;
2) Ulcer corneean	în 142 de cazuri;
3) Ulcer corneean marginal	în 132 de cazuri;
4) Keratită herpetică ulcerată	în 151 de cazuri;
5) Kerato-conjunctivite	în 125 de cazuri.

Eroziunile corneene au fost traumatice, prin lovire directă fină, cu o foaie de hârtie, corp străin ascuțit, frunză de plante, graminee și furaje, obiecte de îmbrăcăminte și chiar unghia etc.

Simptomatologia a fost alarmantă pentru bolnav, durere oculară puternică, fotofobie, lăcrimare, vedere diminuată. Bolnavii au fost cuprinși în grupele de vârstă de la 6 la 70 de ani, 140 de femei și 202 de bărbați (copii, elevi, muncitori, funcționari, casnice).

Tratamentul a fost de urgență prin punerea în repaus a irisului prin instilarea de soluție de adrenalină 1% și apoi aplicarea de instilații de Colmel și Unguent oftalmic cu propolis și pansament.

Pe cale generală am prescris: Melcalcin, Polenapin și Proposept. Rezultatele obținute au fost foarte bune, obținându-se vindecări 100% prin epitelizare în 24-48 de ore (fig. 11).

Ulcerele corneene, au cuprins cazuri cu zone de necroză corneeană ce depășea epiteliul, cu infiltrații în parenchim și reacție iriană cu hiperemie periferică și în câteva cazuri cu hipopion. Vârsta bolnavilor (26 femei și 116 bărbați) a fost cuprinsă între 35-65 de ani (muncitori, agricultori, funcționari).

La aceste cazuri terapia a fost combinată local prin folosirea soluției de atropină 1% pentru ciclopegie și apoi, tot local, colir Colmel și Colgel, Unguent cu propolis și pansament. La 48 de ore de la începerea tratamentului, la peste 80% din cazuri, s-au aplicat micelii moleculare prin aerosolizare cu soluție cu propolis.

Pe cale generală am folosit: Melcalcin, Polenapin, Proposept și Lăptișor de matcă tablete. Rezultatele obținute au fost: 66,66% vindecat; 25% ameliorat; 8,34% nemodificat (fig. 12).

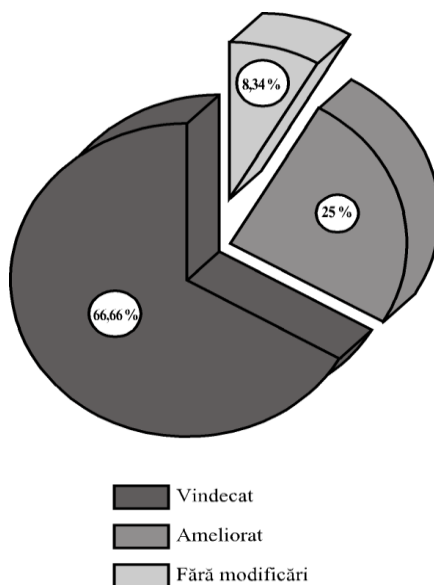
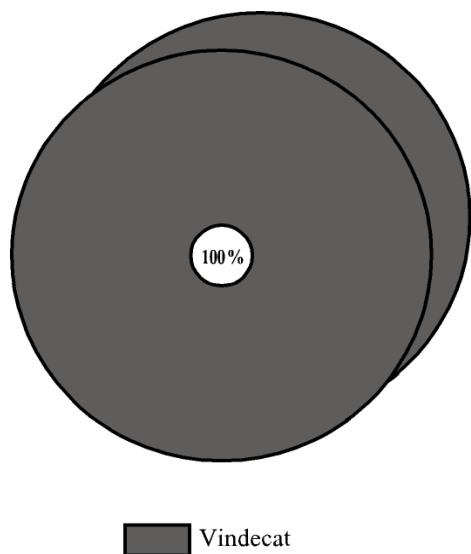


Fig. 11 – Rezultatele obținute în eroziuni corneene
– grafic procentual

Fig. 12 – Rezultatele obținute în ulcerul corneean
– grafic procentual

Cazurile care au fost ameliorate și staționare s-au prezentat târziu la tratament și au avut complicații conjunctivale și de căi lacrimale, care au necesitat terapie auxiliară specifică fiecărui caz în parte.

Considerăm că în ulcerele corneene de etiologii diferite cu cât se începe mai repede tratamentul și nu există cauze de risc de apariție a unei suprainfecții (conjunctivale sau lacrimale) cu atât mai mult se beneficiază de apiterapie.

Ulcerale corneene marginale au fost în număr de 132, grupa de vârstă 45-70 de ani, femei 52 și bărbați 80 (muncitori, agricultori, funcționari și casnice).

Ulcerale marginale corneene au fost însoțite de conjunctivite de tip alergic microbian sau la alți antigeni: praf de casă, farduri, păr de animale, fum etc. (fig. 13).

Fenomenele subiective: durerea, fotofobia, diminuarea vederii, lăcrimarea au îndrumat bolnavii la examenele de specialitate și, mai ales, în peste 50% din cazuri tratamentele clasice alocate nu au dat rezultate favorabile. Tratamentul local a constat din micelii moleculare aerosolizat de soluție cu propolis și Colgel, precum și Unguent oftalmic cu propolis. General am prescris Melcalcin, Polenolecitin, Lăptișor de matcă și Proposept. Rezultate foarte bune am avut în 75% din cazuri, 12,5% ameliorat și 12,5 nemodificat. Cazurile ameliorat și staționar fiind foarte vechi și recidivate, au prezentat focare de infecție dentară, faringiene și lacrimale, care au necesitat tratamente specifice de la caz la caz.

Keratita herpetică ulcerată a cuprins un număr de 151 de cazuri, vârsta medie 35-60 de ani (muncitori, agricultori, funcționari), din care 82 femei și 61 bărbați. La aceste cazuri am folosit o terapie combinată cu produse apicole și cu medicație specifică, deoarece se cunoaște virulența virusului herpetic, durata mare de evoluție și sechelele corneene prin opacifierile care reduc mult acuitatea vizuală. Am încercat, prin aplicarea locală și generală a medicației cu produse apicole, să reducem durata evoluției afecțiunii și ca opacifierile corneene să fie cât mai subțiri, fine și suple.

Local am aplicat cicloplegice, soluție atropin-sulfurică 1% și apoi Colmel, soluții cu propolis și Unguent oftalmic cu propolis și pansament. General am administrat Melcalcin, Polenolecitin, Proposept și Lăptișor de matcă. De asemenea, s-au efectuat ședințe de aplicare locală a miceliilor moleculare prin aerosolizare cu soluții cu propolis și Colmel.

Afecțiunea a evoluat favorabil astfel: 56% vindecat, 37% ameliorat și 7% nemodificat (fig. 14). Cazurile care au fost ameliorate și nemodificate au fost cele ce au venit tardiv la tratament, cu complicații irido-ciliare și care au necesitat și tratament combinat cu vibramicină, tetraciclină, gama-globulină antiherpetică și vaccin antiherpetic.

Considerăm în keratita ulcerată utilitatea asocierii medicației apicole cu medicația specifică antivirală, putând reduce astfel perioada tratamentului și obține o acuitate vizuală mai bună prin-tr-un leucom suplu-transparent.

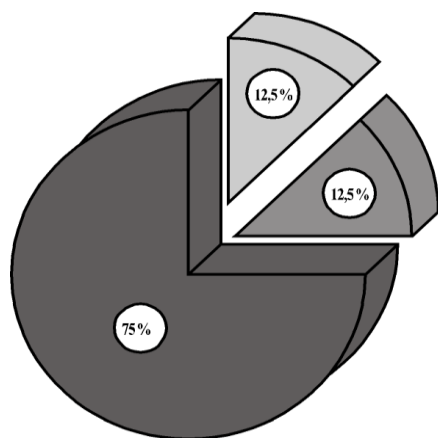


Fig. 13 – Rezultatele obținute în ulcer corneean marginal – grafic procentual

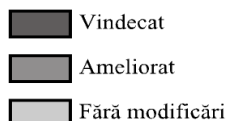
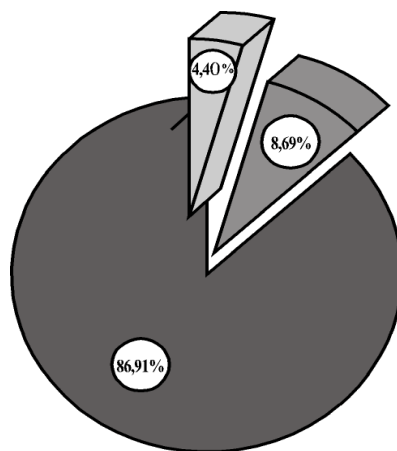


Fig. 14 – Rezultatele obținute în keratita herpetică ulcerată – grafic procentual

Keratoconjunctivita. Au fost tratate 125 de cazuri cu grupe de vârstă între 10-40 de ani, 71 femei și 54 bărbați (elevi, muncitori, agricultori, funcționari). Aceste cazuri au fost subacute și cronice și cu patogenie alergică mai ales la antigeni microbieni, streptococ, stafilococ, pneumococ și chiar bacilar. Simptomele subiective au fost fotofobie moderată cu lăcrimare ușoară și senzație de corp străin cu diminuarea vederii. Infiltrația corneeană provenită din conflictul antigen-anticorp a apărut sub formă difuză începând de la limb și avansând către centrul corneei sub formă de mici flicte, noduli ușor proeminenți (palizi) de mărimea unei gămălii de ac, care este înconjurată de fine vase superficiale. Aceste flicte vin din zona superficială episclerală și sunt înconjurate de o hiperemie conjunctivată în sector de formă triunghiulară cu vârful la nivelul ei și baza spre fundul de sac conjunctival. La nivelul corneei flictele iau aspectul unor infiltrații nodulare sub membrana Bowmann. Aceste flicte infiltrative corneene se pot ulceră, producând ulcere corneene eozematose, care neîngrijite se pot suprainfecta, luând caracter supurativ. Simptomele subiective în formele grave sunt extrem de greu de suportat. Fotofobia este foarte accentuată, ducând la blefarospasm, care duce la ectropion spastic. Durerile sub forma înțepăturilor sunt rezultatul complicațiilor corneene. Pleoapele au fost afectate, mai ales sub formă de blefarokerato-conjunctivită flictenulară. Examenul general al bolnavilor ne-a evidențiat în unele cazuri: la nivelul canturilor externe ale gurii, impetigo al feței, adenopatii submaxilare, cervicale, leziuni tuberculoase osteo-articulare și pulmonare, eczeme, stări de debilitate accentuată etc. Ca etiologie, în majoritatea cazurilor a fost reacția alergică nespecifică la o combinație microbiană între bacteriile comune (streptococ, pneumococ, stafilococ etc.) și bacilul Koch. În examenele bacteriologice ale secreției faringiene s-au descoperit streptococi și stafilococi la o mare parte din bolnavii cu keratită marginală flictenulară, precum și titrul crescut al strepto și stafilolizinei, ceea ce explică rolul acestor microbi în declanșarea acestei maladii oculare.

În cazurile studiate, noi am folosit un tratament general apiterapic cu Melcalcin (desensibilizant), Polenapin, Lăptișor de matcă și Proposept, iar local, în cazurile cu reacție iriană, supra-adăugată, am realizat cicloplegia cu soluție de atropină 1‰, instilații cu soluție cu propolis și Colmel, precum și miceli moleculare prin aerosoli cu soluția oftalmică cu propolis și, în unele cazuri, unguent oftalmic cu propolis. Din cazurile studiate s-au

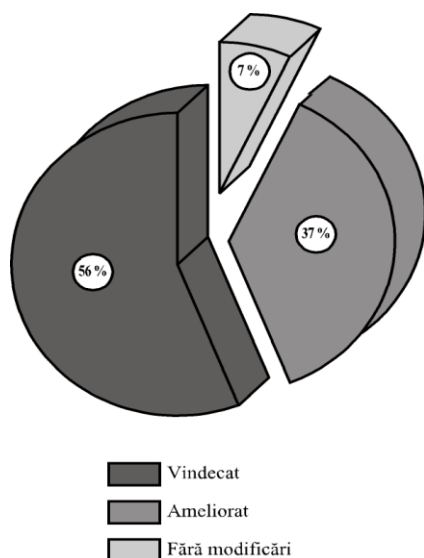


Fig. 15 – Rezultatele obținute în kerato-conjunctivită – grafic procentual

vindecă 86,91%, ameliorat 8,69% și nemodificat 4,4% (fig. 15). Cazurile ameliorate și staționare au avut nevoie și de tratament cu medicație antituberculoasă și antihistaminică de sinteză, deoarece prezentau focare articulare și ganglionare destul de active care erau în evidența dispensarelor TBC.

Considerăm că, în această formă de manifestare corneeană, trebuie să se facă, în primul rând, investigațiile necesare pentru depistarea focarelor (Rx. pulmonar, exudatul secreției faringiene, conjunctivale etc.) și apoi, în raport cu forma clinică, vechimea și reacțiile subiective, să se instituie tratamentul apiterapic atât local cât și general, pre-scriindu-se și un regim de viață igienico-dietetic.

Rezultatele obținute în aceste 5 tipuri de afecțiuni corneene prin aplicarea apiterapiei atât local cât și general ne-au dat un procent de 100% vindecări în eroziunile corneene, iar în celelalte grupe – ulcer corneean, ulcer corneean marginal și keratoconjunctivite – vindecările au fost între 66-86%. În keratita herpetică ulcerată vindecările au fost de 56% și de aceea trebuie avută în vedere forma ulcerăției herpetice, vechimea sa și tipul virusului herpetic.

Considerăm că produsele apicole – miere, lăptișor de matcă și propolis – aplicate sub formă de colire și miceli moleculare aerosoli oculari, prin substanțele fundamentale conținute cum ar fi flavone, proteine, zaharuri, electroliți și fracțiuni bacteriostatice, au reușit să relanseze mitocondriile și celelalte organite celulare din epiteliul corneean și keratocitele care au sintetizat ADN din colagenul propriu corneean cât mai rapid și mai asemănător cu cel normal, deci transparent.

Deoarece aceste afecțiuni s-au instalat pe un teren biologic deosebit, un tip anatomo-funcțional ocular cu multe modificări limită în ceea ce privește vascularizația, inervația și mai ales apărarea antimicrobiană, produsele biologice apicole aplicate pe cale generală au reușit să elibereze transparența corneeană, element esențial al vederii. Intervenția substanțelor minerale din colire, împreună cu componentele bacteriostatice, glucoza, flavonele, vitaminele existente restabilesc dezechilibrul metabolic corneean prin intervenție în hemodinamica locală, eliminând reacțiile alergice corneene.

AFECTIUNI IRIDO-CILIARE

Trebuie să amintim câteva date de anatomie și fiziologie a irisului și corpului ciliar.

Irisul este membrana diafragmatică colorată care provine din uvee, al doilea strat ocular vascularizat intens asemuit cu un burete vascular ocular. Irisul constituie partea anterioară a tunicii medii a globului ocular numită uvee. Irisul este o membrană dispusă în sens frontal, în formă de disc, având un orificiu central numit pupilă.

Irisul are un aspect neomogen, colorat diferit de la individ la individ, prezintă zone de depresiune, cripte, cute radiare formate din vase și are un luciu caracteristic. Irisul are 5 straturi: 1) un epiteliu anterior cu un singur strat de celule cubice ce se continuă cu epiteliul posterior al corneei și între aceste celule se

găsesc orificii numite stomatele lui Fuchs, prin care pătrunde umoarea apoasă din camera anterioară în stroma irisului; 2) al doilea strat, membrana anterioară bazală, apoi 3) al treilea, numit stroma iriană, care e format dintr-un țesut conjunctival și conține numeroase vase sangvine, numeroși nervi, pigment liber și cromatofori, ce sunt celulele conjunctivale încărcate de pigment care dau culoarea irisului. Aproape de marginea liberă, în stroma iriană, există un fascicol de fibre musculare netede dispuse circular în jurul pupilei – sfincterul irian; 4) stratul al patrulea este membrana bazală a lui Bruch-Henle și 5) ultimul strat, epiteliul posterior, negru, este format din două rânduri de celule pline de pigment. În rândul anterior de celule se poate pune în evidență o formațiune musculară (mușchi netedi), dilatatorul pupilei. Irisul are o bogată vascularizație provenind în cea mai mare parte din ciliarele lungi posterioare, ramuri din oftalmică. Aceste ramuri pătrund în iris, se unesc sus și jos cu corespondenta opusă, formând astfel în dreptul marginii aderante a irisului un cerc arterial, marele cerc arterial irian. Din acesta pleacă numeroase ramuri radiare spre pupilă, anastomozându-se în jurul orificiului, pupila dând astfel naștere unui al doilea cerc, micul cerc arterial irian. În formarea marelui cerc arterial mai iau parte, pe lângă cele două artere ciliare lungi posterioare și arterele ciliare anterioare, ramuri din musculare, care perforază sclera în punctele de inserție a tendoanelor dreptilor și se varsă în acest cerc.

Menționăm că din ciliarele anterioare pleacă ramuri ce irigă conjunctiva bulbară în zona perikeratică. Venele iriene, formând și ele două cercuri venoase cu aceeași așezare, urmează invers drumul arterelor, conflând în patru mari trunchiuri venoase, venele vorticoase, care ies din glob la nivelul ecuatorului și se varsă în vena oftalmică. Inervația iriană este foarte bogată, provine din ciliarii scurți, ramuri din ganglionul oftalmic și din ciliarii lungi, ramuri din nazal. Pe când ramurile senzitive vin și din ciliarii lungi și din cei scurți, provenind din trigemen, ramurile motorii pentru sfincter vin din nervul oculo-motor comun prin ciliarii scurți prin care vin și fibrele vegetative vasomotorii.

Afecțiunile iriene sunt numeroase și ele, în majoritatea cazurilor, se însoțesc și de o afectare a corpului ciliar cu care realizează funcții în combinație. Din punct de vedere funcțional irisul și corpul ciliar au rolul esențial de a doza cantitatea de lumină care va pătrunde în ochi pentru a realiza imaginea și deci de a transmite mesajul din exterior scoarței cerebrale. Prin corpul ciliar se realizează punerea la punct a imaginii pe retină printr-o acomodare, realizând modificări de refracție ale cristalinului atât pentru imagini de aproape, cât și pentru distanță.

Dintre afecțiunile iriene am studiat: irita seroasă, irita plastică fibrinoasă și kerato-irita virotică herpetică. În cei peste 15 ani de cercetări științifice apiterapice am tratat 682 de cazuri, printre care și kerato-irite virotice herpetice.

Iritele seroase au fost studiate pe 392 de cazuri, vârsta medie 28-70 de ani, 186 femei și 206 bărbați, muncitori, funcționari, casnice, pensionari. Iritele seroase au fost însoțite de injecții perikeratice și precipitate pe fața posterioară a

corneei. Aceste precipitate s-au prezentat sub forma unor puncte albe dispuse în formă de triunghi în jumătatea inferioară a corneei. Am întâlnit, de asemenea, sinechii posterioare iriene. Fenomenele subiective au fost: durere oculară, fotofobie, diminuarea vederii, lăcrimare, care au îndrumat bolnavii la examenele de specialitate și, mai ales, la care (în peste 50% din cazuri) tratamentele clasice nu au dat rezultatele scontate. Tratamentul local a constat în cicloplegie, prin instilații de midriatic soluție sulfat de atropină 1% și instilații cu Colgel, precum și miceli moleculare aerosoli cu soluție de propolis. General: Melcalcin, Polenolecitin, Proposept și Lăptișor de matcă.

De asemenea, în cazurile cu etiologie infecție de focar dentară sau din sfera O.R.L. s-a indicat și tratamentul necesar asanării acestora sau în cazurile infecțiilor rino-sinusale și fariengiene s-au făcut cure de 10-15 ședințe de aerosoli cu masca pentru ochi, nas și gură (o.n.g.) M.P. POPESCU cu soluție de propolis care au vindecat și zonele vecine ochiului.

Rezultatele prelucrate statistic au fost: 86,36% vindecări, 9,09% ameliorat și 4,5% nemodificat. Cazurile ameliorat și staționar au necesitat tratamente chirurgicale de asanare a focarelor de infecție. Considerăm că terapia apicolă prin componentele conținute în colire ca și substanțele aplicate general, flavonele, proteinele, fracțiunile enzimatic, substanțele antibiotice și bacteriostatice au contribuit la restabilirea echilibrului funcțional vascular irian și mai ales antialergic, antiinflamator și inhibitor al prostaglandinelor ce se sintetizează în aceste cazuri (fig. 16).

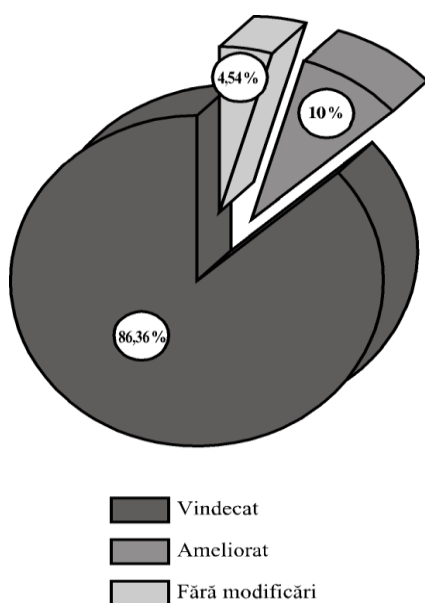


Fig. 16 – Rezultatele obținute în iritele serosae
- grafic procentual

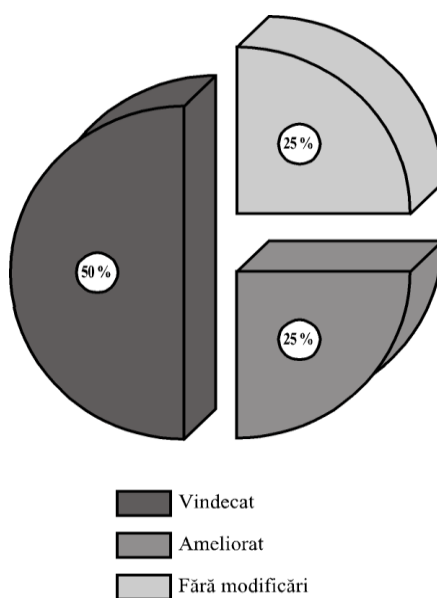


Fig. 17 – Rezultatele obținute în iritele plastice
- grafic procentual

Irita plastică fibrinoasă a fost studiată pe 108 cazuri, pacienții având vârsta cuprinsă între 30-65 de ani, femei 68 și bărbați 40, muncitori, funcționari, agricultori, casnice (fig. 17).

Această irită plastică se caracterizează printr-un exudat fibrinos abundent, ce se depune pe iris, în pupilă și în vecinătate. În această formă se produc frecvent sinechii iriene, ocluzia și secluzia pupilei cu diminuarea vederii. Tratamentul cazurilor întâlnite de noi a fost local și general. Tratamentul local a avut asociat cicloplegia prin instilare de soluție sulfat atropină 1% și apoi micelii moleculare aerosoli oculari cu soluție propolis și instilații oculare cu Colmel și Colgel. General am prescris Melcalcin, Proposept, Polenapin și Lăptișor de matcă. Rezultatul tratamentului a depins de etiologie și de vechimea afecțiunii. Rezultatele au fost: vindecat 50%, ameliorat 25% și nemodificat 25%. Cazurile ameliorat și nemodificat au fost vechi, cu infecție de focar dentară și sinuzală, care au necesitat asocierea tratamentului afecțiunii de bază. Considerăm totuși că rezultatele bune obținute în jumătate din cazuri se datorează proprietăților substanțelor biologice folosite, care au intervenit atât local cât și general prin inhibarea prostaglandinelor care s-au sintetizat și au dat toate perturbările și asupra hemodinamicii locale iriene, a vasomotricității și asupra factorului alergic.

Kerato-irita virotică herpetică a fost studiată pe un număr de 182 de cazuri cuprinse între 35-60 de ani, 70 femei și 112 bărbați, muncitori, agricultori, funcționari, casnice. Această grupă de afecțiuni produce un disconfort ocular destul de greu suportat de bolnavi. Durerea este puternică, cuprinde întreg globul ocular, cu cefalee, fotofobie, lăcrimare și scăderea vederii. Localizarea corneeană ne-a permis diagnosticul pozitiv, prin colorarea cu soluție de fluoresceină a ulcerăției, care s-a prezentat caracteristic cu margini crenelate, cu forme diferite: litere majuscule, hartă geografică etc. Examenul virusologic a confirmat prezența virusului herpetic.

Afecțiunea se asociază cu reacție iriană prin toxicitatea antimetaboliților prezenți în această agresiune. Am folosit local aplicarea cicloplegicului și în mod special Colirul cu propolis și Unguent cu propolis și pansament. Am aplicat local și micelii moleculare, aerosoli oculari cu propolis și instilații cu Colmel și Colgel. General am prescris Melcalcin, Polenolecitin, Proposept și Lăptișor de matcă. Rezultatele au arătat 75% vindecări, 19,25% ameliorări și 6% nemodificat (fig. 18). Cazurile

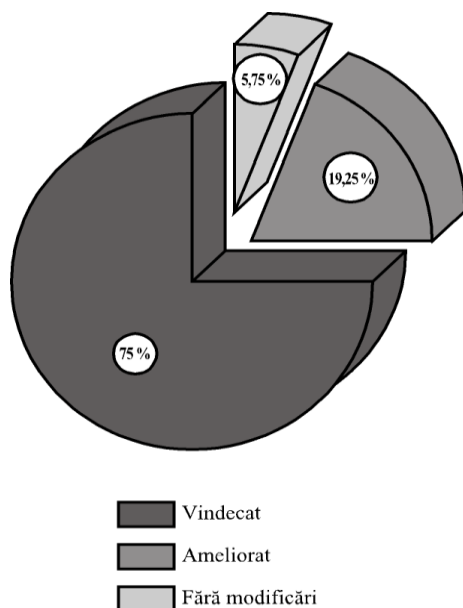


Fig. 18 – Rezultatele obținute în keratoirita virotică herpetică – grafic procentual

ameliorate și nemodificate au necesitat tratament asociat cu antibiotice, tetraciclină și gamaglobulină deoarece au fost cazuri care s-au prezentat târziu la tratament și cu complicații conjunctivale și lacrimale. Considerăm propolisul aplicat local în colir și unguent cu propolis foarte eficient, având o acțiune de inhibare a kariokinezei virusului și de stimulare a epitelizării corneene, de analgezic, pentru că restabilește metabolismul normal al filetelor nervoase corneene, eliminând edemul și hipoxia acestor receptori senzitivi. Opacifierile corneene ce au rămas după vindecare au fost fine, suple și deci cu o păstrare a unei acuități vizuale bune. Considerăm foarte eficientă oftalmoapiterapia în afecțiunile iriene dacă se aplică cât mai precoce posibil de la apariția primelor simptome oculare și după scheme adaptate de la caz la caz de medicul specialist oftalmoapiterapeut.

AFECTIUNI SCLERALE

Sclera este primul înveliș al globului ocular, membrană fibroelastică rezistentă, numită și scoica sclerală, cu rol de protecție a celorlalte învelișuri oculare. Este formată din patru straturi de fibre, împletite între ele, astfel încât realizează o structură opacă albă sidefie, netransparentă, pe o suprafață de 5/6 din întreaga scoică sclerală. În porțiunea anterioară 1/6 devine transparentă – corneea transparentă. Între fibre se află fibrocite care secretă substanța colagenică și mucopolizaharidele din care iau naștere fibrele sclerale. Inervația sa este realizată de nervul trigemen prin ramura oftalmică și nervii ciliari. Vascularizația este realizată de ramuri din oftalmică și ramuri din vecinătate, conjunctiva și pleoapele.

Echilibrul homeostatic scleral și episcleral este menținut prin mecanisme hemodinamice reflexe ce permit schimburile la nivelul celular prin mecanisme de membrană. Aceste mecanisme se realizează selectiv, permițând să pătrundă anumite substanțe – molecule cu mărime anumită, apoi electroliți cu încărcături electrice diferite, oxigen, proteine, glucoză, enzime etc. Deoarece o parte din sclerotică vine în contact - prin episcleră și conjunctivă - direct cu mediul extern poate suferi diverse agresiuni, atât externe (traumatisme, corpi străini, praf, fum, gaze etc.) cât și interne prin antimetaboliți, care sunt vehiculați de sânge, și modifică echilibrul de membrană apărând stările patologice.

Am studiat, în perioada de peste 15 ani, 792 de cazuri de afecțiuni sclerale și anume: 389 episclerite, 251 sclerite și 152 sclerokeratoirite.

Tratamentul local și general cu substanțe biologice apicole a fost reprezentat în scheme în raport cu aspectul patologic și morfofuncțional al sclerotei.

Episclerite. Simptomatologia oculară în cazurile de episclerite a fost: fotofobie, lăcrimare, durere oculară, senzație de corp străin la mișcările globului ocular și obiectiv hiperemie a vaselor episclerale de aspect violaceu, limitate la un sector. Porțiunea hiperemiată prezintă un fin buton proeminent, intens colorat violaceu de aspect gelatinos, plasat față de hiperemie. Acest buton episcleral este mobil deasupra planurilor profunde sclerale. Bolnavii au fost cuprinși în grupele de vârstă de la 25 la 65 de ani, 190 femei și 199 bărbați: studenți, muncitori, funcționari, casnice, agricultori.

Examenul biomicroscopic a putut stabili diagnosticul, iar etiologia a fost: infecția de focar dentară și amigdaliană, infecția genitală și intestinală (paraziți: *Trichomonas*, *Lambliia giardia* și *Hymenolepis nana*), precum și reumatismul cronic.

Local am aplicat colir Colmel și micelii moleculare – aerosoli oculari cu soluție de propolis. General am administrat Melcalcin, Polenapin, Proposept, Tinctură de propolis și Lăptișor de matcă.

Substanțele bacteriostatice și antialergice din colire au restabilit echilibrul homeostatic local și au determinat dispariția treptată a fenomenelor inflamatorii. Local am folosit aplicări de micelii moleculare, aerosoli oculari de propolis cu mască oculară specială M.P. POPESCU.

Pe cale generală, substanțele funda-mentale din Melcalcin, Polenapin, Propolis și Lăptișor de matcă au relansat organitele celulare modificând permeabilitatea vascu-lară și participând la resorbția transudatului de la nivelul țesutului colagenic episcleral, oprind reacțiile alergice locale.

Rezultatele obținute (88,80% vindecări) ne dovedesc că este utilă această terapie, care trebuie aplicată cât mai urgent posibil de la apariția fenomenelor clinice. Cazuri ameliorate au fost 11,20%, la care au fost necesare tratamente operatorii ale focarelor de infecție (fig. 19).

Scleritele au fost studiate la 151 femei și 100 bărbați muncitori, funcționari, casnice și pensionari.

Etiologia a fost: reumatică, parazitară: *Trichomonas*, *Lambliia giardia* și infecția de focar.

Tratamentul local a constatat din folosirea colirului Colmel și miceliilor moleculare, aerosoli oculari cu propolis și Colmel.

În tratamentul general am utilizat: Melcalcin, Polenapin, Proposept, Lăptișor de matcă. Pentru cazurile a căror etiologie a fost giardia am prescris tinctura de propolis. Statistic, rezultatele au arătat procente de 60% vindecări, 20% ameliorat și 20% nemodificat.

Cazurile care au fost ameliorate și nemodificate s-au prezentat foarte târziu de la începerea maladiei și au avut complicații de vecinătate, infecții de focar, complicații conjunctivale și de căi lacrimale, care au necesitat o terapie

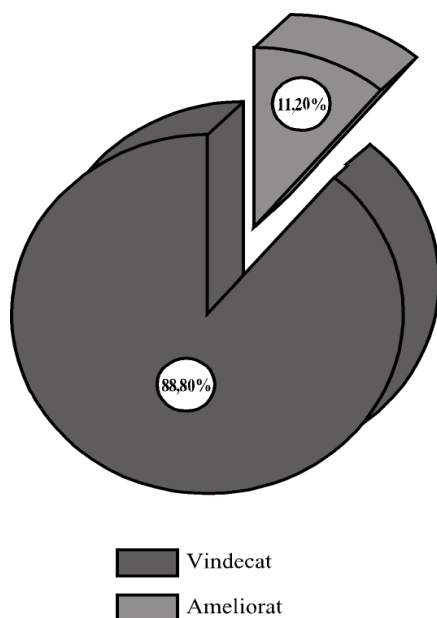


Fig. 19 – Rezultatele obținute în episclerite
- grafic procentual

specifică complexă. Considerăm că în sclerite de etiologii diferite cu cât se începe tratamentul mai repede de la apariția bolii și nu există cauze de risc de apariție a unei suprainfecții cu atât se beneficiază mai bine de apiterapie (fig. 20).

Sclero-kerato-irite. Au fost 152 de cazuri cu vârsta limită de 15-45 de ani, 82 femei și 70 bărbați, elevi, studenți, funcționari, agricultori și casnice.

Această afecțiune de graniță, care cuprinde în același timp porțiuni alăturate ale globului ocular, are legături vasculare și nervoase, deci funcționale. Ea se manifestă prin fotofobie și lăcrimare puternică, dureri oculare și se caracterizează, local, prin infiltrații marginale și centrale corneene, hiperemie în sector violacee sclerală și injecție perikeratică cu fin exudat pe fața anterioară a irisului și pupilară. Etiologia este combinată, infecție de focar sau reumatică cu infecție tuberculoasă, care produc perturbări de tip alergic vascular și chiar de prostaglandine.

Tratamentul local a cuprins cicloplegia atropinică și apoi micelii moleculare, aerosoli oculari cu propolis și instilații cu Colmel și Colgel și Unguent cu propolis (fig. 21).

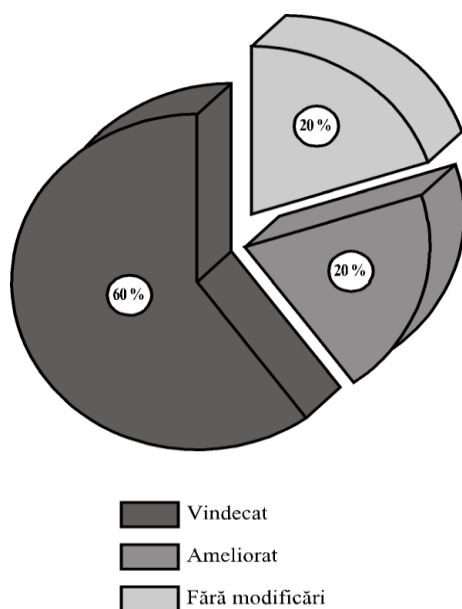


Fig. 20 – Rezultatele obținute în sclerite
- graphic procentual

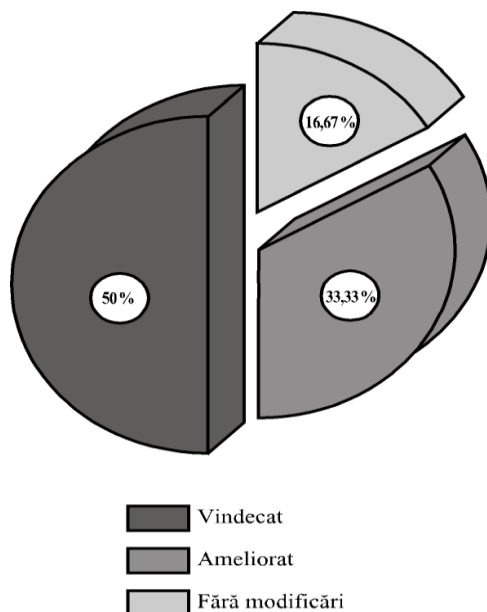


Fig. 21 – Rezultatele obținute în
sclero-kerato-irite - grafic procentual

General am folosit Melcalcin, Proposept, Lăptișor de matcă, care au restabilit permeabilitatea vasculară oculară prin componentele lor: electroliți, flavone, enzime, substanțe bacteriostatice și inhibitori ai sintezei prostaglandinelor

și factori antialergici. Considerăm utilă folosirea acestor scheme de tratament cât mai precoce posibil, pentru a opri cronicizarea procesului. Rezultatele obținute au fost 50% vindecat, 33,35% ameliorat și 16,65% nemodificat.

Cazurile ameliorate și staționare s-au prezentat târziu și au avut focare pulmonare și extrapulmonare, care au necesitat și asocierea unei medicații indicate în aceste localizări bacilare.

AFECTIUNI ALE CRISTALINULUI – CATARACTA

Aparatul ocular are ca cea mai importantă componentă **sistemul optic ocular** care este reprezentat de un complex de dioptri. Dintre acești dioptri oculari cel mai important este cristalinul.

Cristalinul poate fi asemuit cu o lentilă bioconvexă transparentă și refringentă. El nu are vase, este permanent modificat în grosimea sa, deci în refringența sa, de către mecanismul acomodatiei vizuale, pentru a pune la punct imaginea pe retină. Cristalinul are un metabolism foarte activ, consumă mult oxigen și glucoză, pe aceasta din urmă arzând-o prin cele patru căi biochimice cunoscute, cu ajutorul proceselor microchimice de la nivelul organelor celulare – mitocondrii. Substanțele specifice țesutului cristalinian sunt necesare pentru menținerea transparenței cristalinului și deci a unei acuități vizuale optime. Chiar și în timpul somnului cristalinul este modificat în grosime – contractat la refringența de +0,75 dioptrii. Deci activitatea cristalinului este permanentă, putând fi asemuită cu cea a cordului, pentru a realiza o transparență perfectă a întregului sistem optic și astfel pentru a permite intrarea radiațiilor electromagnetice – a cuantelor de lumină, adică lumina albă compusă până la nivelul retinei.

Opacifierea cristalinului din motive complexe face să scadă acuitatea vizuală și chiar să ducă la orbire (fig. 22).

Patologia cristalinului cuprinde două mari capitole: deplasarea sa din loc – luxația și subluxația cristalinului – și pierderea transparenței, care poate fi: congenitală, traumatică, complicată, după o altă afecțiune oculară sau senilă.

Cea mai frecventă opacifiere a cristalinului este cea care apare după vârsta de 50-60 de ani și care este evolutivă, ducând la orbire și care se numește cataractă senilă.

Deoarece terapia medicală a cataractei senile, care se aplică pe plan mondial, nu folosește produse apicole, noi studiem de peste 15 ani efectele tratamentului local și general cu produse apiterapice, care prin componentele lor complexe reușesc să lanseze organele celulare, mai ales mitocondriile cristaliniene și, astfel, să oprească evoluția opacifierilor și chiar parțial să le resoarbă. S-au folosit în tratamentul local colirele: Colmel, Colgel, și cu propolis și aplicarea miceliilor moleculare – aerosoli oculari cu aceleași preparate.

Studiul de peste 15 ani a cuprins un număr de 2872 de cazuri din care: cataractă stadiul I – 1800 de cazuri și cataractă stadiul II – 1072 de cazuri. De asemenea, am urmărit un grup martor de 195 de cazuri tot cu cataractă stadiile I și II, care au fost tratate alopatic (fig. 22)

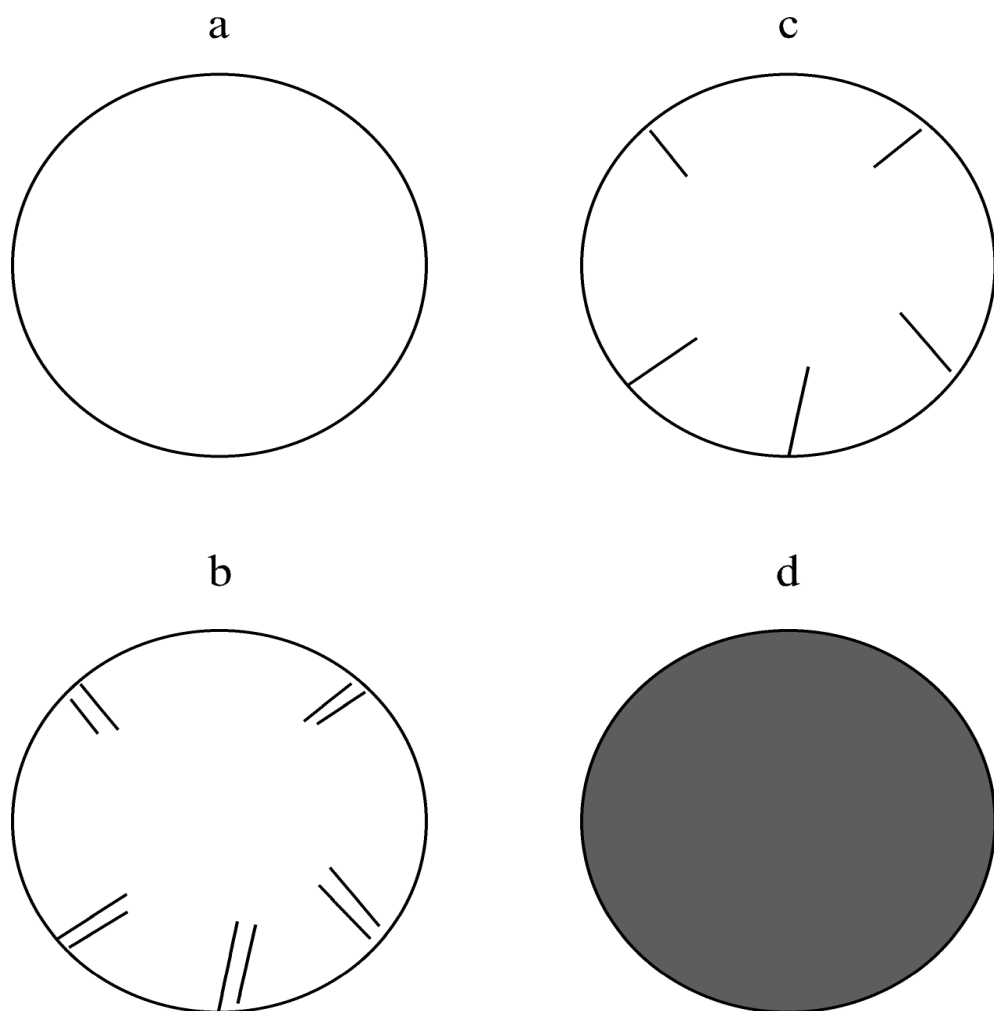


Fig. 22 – Aspectul cristalinului:

a) normal transparent; b) cataractă incipientă, stadiul I, înainte de tratament; c) cataractă incipientă oprită din evoluție după tratament; d) cataractă totală, opacifiere completă în cazurile care nu au urmat tratament

Pacienții au fost examinați complex, cu teste care au determinat starea funcțională oculară, în primul rând a polului anterior ocular, teste necesare diagnosticului pozitiv și diferențial și apoi urmării efectului terapeutic. Pacienții au fost controlați periodic în raport cu stadiul afecțiunii, putându-se astfel urmări efectul tratamentului.

Pacienții s-au prezentat în stadiul de cataractă incipientă (stadiul I) deoarece au sesizat tulburări vizuale mici, datorită apariției primelor puncte de opacifiere în cristalin. Unii bolnavi acuzau prezența de puncte negre fine în câmpul vizual, ei asemuindu-le cu o muscă, un filament sau un păianjen imobil, ceea ce reprezenta exteriorizarea părților opace din cristalin, care împiedicau

trecerea razelor luminoase. În alte cazuri bolnavii prezentau o miopie mică, ce nu exista înainte și datorită căreia aceste persoane, deși presbite, nu mai aveau nevoie de ochelari pentru citit. Această miopie se datorează unei densificări a cristalinului, densificare premergătoare opacifierii, care transformă cristalinul într-o lentilă mai puternică ce face ochelarii inutili.

Alți bolnavi acuzau poliopia, adică vederea unui obiect în mai multe exemplare, fenomen datorat astigmatismului cristalinian, rezultat al mai multor zone densificate, fiecare dintre ele jucând rolul unui focar cu refracție diferită. Scăderea acuității vizuale variază cu întinderea și poziția opacităților cristalinene față de pupilă, precum și cu intensitatea luminoasă. Astfel, o opacitate centrală împiedică mai mult vederea decât una periferică, mai ales în timpul zilei când pupila este strânsă – miotică. Seara, când se întunecă, pupila se dilată și bolnavul vede mult mai bine prin părțile periferice ale cristalinului, încă transparente.

Obiectiv, constatăm la examenul cristalinului prezența opacităților care apar la luminatul lateral ca mici zone albe pe fondul negru al pupilei și la oftalmoscop ca zone negre pe fondul roșu al pupilei.

Examenul biomicroscopic evidențiază zonele din cristalin care prezintă opacifieri pe o secțiune antero-posterioară.

Diferențierea între stadiul I și II al cataractei senile s-a efectuat pe baza:

- aspectului obiectiv al zonelor de opacifiere – foarte discrete în stadiul I și cu modificare ușor miopică a refracției în stadiul II;
- acuității vizuale păstrate în limite funcționale bune în stadiul I și ușor diminuate în stadiul II.

Existența opacităților este de obicei bilaterală, dar cu grade diferite de interesare a acuității vizuale a celor doi ochi.

Vârsta de 50 de ani și peste, nici o leziune oculară sau boală generală care ar fi putut avea ca urmare opacifierea cristalinului, nici un simptom inflamator sau dureros ocular au fost argumente pentru diagnosticul pozitiv de cataractă senilă stadiile I și II.

Tratamentul aplicat cu scheme ritmice, atât local cât și general, în cataracta incipientă stadiile I și II a avut ca efect menținerea funcției vizuale între limitele utile în procent de 80% din bolnavi.

Local, s-au aplicat colirele Colmel, Colgel și Colir cu propolis atât în instilații, cât și sub formă de miceli moleculare – aerosoli oculari cu masca oculară M.P. POPESCU. General, s-au recomandat Polenapin, Polenolecitin, Lăptișor de matcă tablete și astfel s-a obținut menținerea transparenței cristalinului și oprirea procesului de opacifiere. Rezultatele au fost și în raport cu stadiul opacifierilor, dar și cu gradul de conștiințiozitate a bolnavilor în aplicarea tratamentului conform indicațiilor medicale.

Controlul bolnavilor s-a efectuat o dată la 2-3 luni, ulterior pe o perioadă mare și anume peste 8 ani, mai ales la cei dispensarizați.

Față de grupul martor de bolnavi, s-a putut constata o toleranță net superioară a acestor produse naturale, o acțiune eficientă care a oprit precipitarea în continuare a proteinelor cristalinene și deci a menținut transparența sa cu acuitate vizuală utilă. La grupul martor toleranța medicamentelor a fost mai mică și păstrarea funcțiilor vizuale a fost numai în procent de 35%. Din multiplele

perturbări chimice ale cristalinului, în cadrul cataractei experimentale și a cataractei senile, vom cita pe cele mai importante:

- o creștere a cantității de apă, care atinge maximum odată cu maturizarea cataractei;

- raportul K^+/Na^+ , considerat ca un indice de vitalitate celulară, se modifică prin scăderea K^+ ;

- calciul suferă modificări cantitative;

- K^+ , printr-o dislocare a complexelor organo-proteice corespun-zătoare morții celulare, scade;

- se diminuează cantitatea de O_2 și de glucoză consumată de către cristalin;

- se diminuează cantitatea de vitamină C din cristalin;

- se diminuează cantitatea de ARN și cantitatea de ribosomi, ceea ce duce la o încetinire a sintezei proteice. Se diminuează cantitatea de proteine interesând în special fracțiunea solubilă. Această interesare este proporțională cu gradul de modificări a transparenței cristalinului.

În patogenia cataractei are loc o îmbătrânire a mitocondriilor (Sevin), care antrenează o diminuare a cantității de energie disponibilă, ceea ce încetinește transportul activ și astfel metabolismii indispensabili sintezei proteice lipsesc. Enzimele catabolismului glucidic sunt și ele interesate de acest defect de sinteză și apare un cerc vicios. Tratamentul aplicat în cataracta senilă stadiile I și II cu produse naturale apiterapice a intervenit prin producerea de energie la nivel mitocondrial, aceste produse conținând electroliți, vitaminele B și C, flavone, ATP, oligoelemente, glucoză, proteine etc.

Colirele preparate cu produse apicole, aplicate local, au oprit trecerea metabolismului cristalinian spre etapa de senescență.

Ele au adus într-o formă ușor absorbabilă o mare parte din necesarul nutrițional al cristalinului, întârziind astfel îmbătrânirea – opacifierea. Tratamentul general apiterapic a contribuit la întârzierea senescenței întregului organism, la menținerea performanțelor utile vieții omului în plină activitate.

Am folosit oftalmoapiterapia și în cataracta traumatică sau complicată, cercetând modul de acțiune al produselor apicole în aceste condiții patologice oculare. Cataracta traumatică este opacifierea cristalinului produsă brusc după un traumatism de pol anterior ocular.

Traumatismul poate fi penetrant, cu sau fără deschiderea capsulei anterioare a cristalinului sau nepenetrant. Opacifierea cristalinului după un traumatism nepenetrant poate fi limitată într-un sector al lentilei biconvexe cristaliene sau difuză, în funcție de locul de acțiune maximă a traumatismului și de forța cu care se produce. În momentul în care capsula anterioară este deschisă și masele cristaliene vin în contact cu umoarea apoasă procesul cataractogen este intens, rapid și ireversibil.

Cataracta complicată este opacifierea cristalinului determinată de o altă afecțiune oculară, cel mai des de miopia forte, iridociclita de diferite etiologii, dezlipirea de retină rhegmatogenă sau nerhegmatogenă. Transparența cristalinului este afectată și de boli generale – diabet, hipoparatiroidie, care determină ceea ce pentru oftalmologi este cataracta patologică sau complicată de

cauze generale. Orice traumatism ocular de pol anterior determină modificări mai mult sau mai puțin importante la nivelul corpului ciliar, parte foarte activă și importantă în fiziologia oculară. Poate determina, prin interesarea corpului ciliar modificări în compoziția umorii apoase. Aceste tulburări de conținut și dinamică a umorii apoase au consecințe asupra metabolismului cristalinian, dependent în mare măsură de umoarea apoasă.

În plus, un traumatism ocular mai important poate determina tracțiuni sau chiar rupturi la nivelul ligamentului suspensor al cristalinului zonula lui Zinn. Aceste leziuni repercutate asupra capsulei cristalinene au implicat efecte asupra arhitectonicii cristalinului. Apar astfel opacități localizate ecuatorial ale cristalinului sau opacifierea difuză a întregului cristalin. În miopiile forte, probabil în momentul în care se accentuează procesele degenerative vitreene, în urma cărora gelul vitrean se lichefiază, apar modificări de transparență cristaliniană, explicația fiind strânsele legături situaționale și metabolice existente între dioptrii oculare – cristalinul și corpul vitros. În miopiile forte procesul cataractogen poate fi precipitat ca apariție de folosirea terapeutică a laserului pentru rezolvarea leziunilor de fund de ochi, importante la acești pacienți. Dezlipirea de retină, rhegmatogenă sau nerhegmatogenă se caracterizează prin apariția unui exudat între epiteliul pigmentar retinian și celelalte structuri ale retinei; apare deci o modificare a tensiunii oculare, care în timp are repercusiuni asupra metabolismului cristalinian dependent de umorile oculare. Se cunoaște de multă vreme că orice intervenție chirurgicală antiglaucomatoasă are în timp efect cataractogen. Odată cu folosirea laserterapiei antiglaucomatoase s-a constatat același efect asupra transparenței cristalinului.

Iată deci o altă serie de cauze ce pot produce modificări ale transparenței cristalinene, soldată, întotdeauna, cu scăderea acuității vizuale. Am folosit produsele apicole în următoarele cazuri:

- cataractă traumatică după traumatism ocular nepenetrant: 32 de cazuri;
- cataractă complicată – iridociclită: 14 cazuri;
- miopie fără laser: 12 cazuri;
- miopie cu laser: 5 cazuri;
- dezlipire de retină: 6 cazuri;
- cataractă patologică:
 - diabet: 45 de cazuri;
 - hipotiroidie: 7 cazuri;
- cataractă complicată după intervenții antiglaucomatoase:
 - clasice: 22 de cazuri;
 - laser: 6 cazuri.

Simptomele subiective relatate de către pacient au fost:

- scăderea progresivă a acuității vizuale la unul sau ambii ochi;
- progresia dioptrică a miopiei;
- variații ale acuității vizuale în cursul zilei: vedere mai bună ziua, mai slabă seara sau invers;
- poliopie (vederea unui obiect în mai multe exemplare).

După inventarierea selectivă a simptomelor subiective am fost foarte interesați de istoricul manifestărilor oculare, de antecedentele patologice personale, vechimea leziunilor oculare sau a bolii generale cu potențial cauzal. Am încercat să înțelegem modul de acțiune cauzal traumatizant, tratamentul

urmat precoce în urgență, intervalul scurs până la prezentarea la consultație la serviciul de oftalmoapiterapie. Apoi, la pacienții mioopi sau la cei cu iridociclită recidivantă sau cu glaucom, ne-a interesat vechimea bolii, tratamentele urmate, evoluția bolii sub aceste tratamente. Am folosit pentru diagnostic și obiectivare a urmărilor tratamentului apiterapic al tulburărilor cristaliniene o baterie de teste clinice și funcționale:

- măsurarea acuității vizuale, determinarea obiectivă a refracției oculare,
- testarea simțului cromatic,
- luminajul lateral focalizat și biomicroscopia polului ocular anterior,
- măsurarea tensiunii intraoculare,
- examenul fundului de ochi,
- examenul câmpului vizual.

Odată diagnosticul de cataractă traumatică, patologică și/sau complicată stabilit, am instituit tratament local cu produsele Colmel, Colgel și Colir cu propolis.

În cataracta traumatică cu fenomene inflamatorii imediat post-traumatice, în cataracta din iridociclită, în cataracta de după operațiile antiglaucomatoase și în cataracta ce apare după aplicațiile laser am adăugat cure periodice moleculare – aerosoli oculari cu soluție cu propolis. În miopii și hipoparatiroidii, în glaucom și dezlipiri de retină am adăugat tratament general cu Melcalcin, Polenolecitin și Lăptișor de matcă. În cataracta patologică diabetică am insistat pentru o bună colaborare cu diabetologul, pentru a menține glicemia în limite normale și am adăugat tratament general cu polen granule. De asemenea, la pacienții glaucomatoși operați clasic sau cu laser am controlat periodic tensiunea oculară, iar atunci când a fost nevoie am instituit tratament alopatic pentru reducerea tensiunii și aducerea la normal.

Din cele 32 de cazuri de cataractă traumatică prin traumatism ocular nepenetrant am obținut ameliorarea semnificativă a acuității vizuale la 20 de pacienți, procesul cataractogen regresând, iar la 12 cazuri cu tulburări capsulare sectoriale, dată fiind localizarea strictă și restrânsă a procesului cataractogen, am reușit, prin oftalmoapiterapie, să restabilim transparența capsulară modificată de traumatism. În cataracta din iridociclită, prin tratament permanent cu Colmel, Colgel și Colir cu propolis am stabilizat procesul cataractogen, observând și răirea și scăderea în intensitate a procesului inflamator recidivant. În miopiile forte, prin tratament profilactic cu colirele oftalmoapiterapice, am reușit să amânăm vârsta de apariție a modificărilor de transparență cristaliniană între 50-55 de ani. Evoluția procesului cataractogen s-a încetinit și la pacienții cu miopie forte și laserterapie.

În cazurile de dezlipire de retină tratamentul cu colire aplicat preoperator și continuat îndelung postoperator a minimizat complicația obișnuită a intervențiilor chirurgicale pentru reaplicarea retinei, reprezentată în cataracta complicată. La pacienții diabetici și hipoparatiroidieni tratamentul oftalmoapicolic a reușit să întârzie apariția tulburărilor cristaliniene până în jurul vârstei de 55 de ani, cataracta patologică ce însoțește aceste afecțiuni generale apărând de obicei mult mai devreme. Din cei 28 de pacienți glaucomatoși 19 s-au prezentat la consultația oftalmoapiterapică după intervenția antiglaucomatoasă și prin tratamentul local am reușit să încetăm evoluția procesului cataractogen și să menținem o acuitate vizuală utilă, paralel cu normalizarea tensiunii oculare. Am făcut tratament timp de

peste 3 luni înainte de operația antiglaucomatoasă și apoi, continuând tratamentul și post operator, am obținut efecte benefice pentru transparența cristalinului, implicit și pentru acuitatea vizuală.

Colirele apiterapice sunt bogate în electroliți, oligoelemente, zaharuri, proteine, vitamine, elemente cărora li se datorează acțiunea acestor colire, de restabilire a metabolismului mitocondrial de la nivelul cristalinului. Dacă în cazul cataractei senile procesul etiopatogenic este produs în timp, cataracta complicată are un agent cauzal cu acțiune limitată în timp, lucru care explică în parte rezultatele foarte bune obținute în aceste cazuri cu oftalmoapiterapia.

Pe baza rezultatelor foarte bune obținute în stăpânirea procesului cataractogen din miopie, glaucom apărut postoperator sau postlaserterapie am instituit un tratament profilactic cu produse oftalmoapiterapice înaintea acestor proceduri clasice. Am minimalizat astfel efectele secundare asupra acuității vizuale ale unor tehnici terapeutice larg răspândite. În cataracta patologică am folosit apiterapia local și general, reușind astfel să controlăm atât procesul cauzal cât și efectele. Într-o formă ușor și integral absorbabilă, fără contraindicații de folosire, colirele oftalmoapiterapice aduc cristalinului elementele necesare metabolismului dereglat temporar de către diferiți factori etiologici: traumatism, inflamație, proceduri terapeutice.

În ansamblu, putem spune că oftalmoapiterapia face parte din tratamentele naturiste care folosesc produsele stupului. Substanțele cuprinse în miere, lăptosor de matcă, propolis pot acționa în dezechilibrele ce apar în funcțiile complexe oculare. Aceste substanțe protejează homeostazia celulară, controlând fluxul electrolitic de o parte și de alta a membranei. Deci, realizează, la nivelul celular al diferitelor straturi ce compun globul ocular, un echilibru de membrană și se opun modificărilor metabolice energetice și electrofiziologice provocate de hipoxie sau ischemie. Substanțele cuprinse în componența preparatelor apicole prin electroliți, enzime, proteine, zaharuri, flavone, vitamine, substanțe bacteriostatice și bactericide, normalizează procesele fizico-chimice, care sunt foarte intense la nivelul globului ocular. Participă, prin fracțiunile bacteriostatice și bactericide, la inhibarea diferiților microbi care se cantonează în unele cazuri la nivelul globului ocular. Produc o inhibare a prostaglandinelor oculare (E_2 și F_2 alfa) care apar în procesele inflamatorii subacute și cronice. Relansează organele celulare și mai ales mitocondriile celulare în diferite procese patologice oculare.

Considerăm că am dovedit încă o dată că oftalmoapiterapia, prin larga ei aplicabilitate și prin eficiența ei, este o metodă terapeutică naturistă demnă de a fi cunoscută și folosită.

APITERAPIA ÎN OTORINOLARINGOLOGIE

Dr. Corneliu POPOVICI

Bolile de nas, gât și urechi (O.R.L.) beneficiază din plin de apiterapie. În cei peste 20 ani de când mi-am început cercetarea științifică clinică și de laborator în apiterapie, am înregistrat un număr mare de bolnavi cu diferite afecțiuni O.R.L., acute și cronice. Cele acute au fost mai puține, marea majoritate fiind cele cronice. Apiterapia, făcând parte din medicina naturistă, a fost căutată în special de către bolnavii dornici să scape de terapia chimică, unii având o afecțiune hepatică cronică, deci voind să-și menajeze ficatul sau alte afecțiuni la care medicația alopată nu face numai bine. Altă categorie o formează bolnavii cu afecțiuni cronice O.R.L., care au încercat toate terapiile și vin la noi ca la ultima speranță. Desigur, apiterapia nu este un panaceu, nu este bună la toate și există și contraindicații. De exemplu, bolnavii cu diabet zaharat beneficiază de un număr redus de medicamente apiterapice, acestea fiind în majoritate dulci. Apoi, bolile chirurgicale trebuiesc tratate numai chirurgical, neoplasmale trebuie operate sau iradiate sau tratate clasic cu tot ce există în prezent. Bolnavii cu alergii la polen sau propolis, fiind testați de noi, sunt excluși. Rămâne totuși un număr mare de bolnavi care vor face apiterapie. Unii vin regulat la tratamente, la controalele hotărâte de noi, medicii, alții abandonează, fie că se simt bine, dar binele nu este de durată, fie că se descurajează neobținând rezultate imediate. Succesul tratamentului este asigurat de executarea lui sub stricta supraveghere a specialistului, care observă toleranța la aceste medicamente, apreciază reacția bolnavului și hotărăște doza, durata tratamentului, iar în bolile cronice, numărul de tratamente și durata pauzelor dintre serii. Bolnavii fac anumite probe paraclinice (analize de laborator, radiografii, audiograme etc.) care îl ghidează pe medic și îi arată corespondența dintre fazele bolii și evoluția ei. Medicamentele care formează arsenalul apiterapeutic au fost realizate de către fiecare specialist, uneori singur, alteori în colaborare cu alt specialist și întotdeauna împreună cu farmaciștii, chimiștii și biologii sectorului nostru medical. Medicamentele au fost testate de-a lungul anilor pe numeroși bolnavi, ele constituind în prezent medicamente veritabile cunoscute și apreciate nu numai pe plan național dar și internațional, cu ocazia congreselor, simpozioanelor, sau prin lucrările noastre publicate sau prezentate la radio și TV.

Voi prezenta medicamentele pe care le folosesc în O.R.L., o bună parte elaborate de mine personal, altele de către alte colective ale noastre, unele cu efect local, altele cu efect general. Aceste medicamente sunt Propoheliant, picături pentru nas; Proporinol, pomadă pentru nas; Propofaringit, soluție uleioasă pentru badijonaj în gât; Propolid, soluție uleioasă pentru ureche; Propotit, soluție alcoolică pentru ureche; Proposept, tablete pentru uz local în bolile acute ale gâtului; Proposept L., soluție pentru aerosoli; Propostamin, soluție uleioasă pentru bolile micotice ale gurii; Propoderm, unguent cu propolis pentru uz extern, nas sau urechi; Apireven, unguent cu venin de albine, cu efect antiinflamator, și medicamente cu efect general asupra organismului: Melcalcin, Polenolecitină, Lecipol, Polenapin, Polen granule, Meltonin, Energin, Energin L.

Aceste medicamente sunt constituite din produse apicole: polen, miere, lăptișor de matcă, propolis, venin de albine, păstură, în diferite combinații între ele și având și alte substanțe care le înglobează, uleiuri, vaseline etc. și care le stabilizează. Conținutul majorității acestor medicamente în propolis le conferă o durabilitate de cel puțin un an dacă sunt conservate la adăpost de căldură și umiditate.

Trebuie să arăt aici că absolut toți bolnavii pe care i-am îngrijit în acești peste 16 ani, au fost înregistrați în fișe medicale speciale, păstrându-se evidența lor și evoluția bolii, medicamentele folosite, precum și alte date, tot acest tratament având un caracter riguros științific. Aceasta mi-a permis să alcătuiesc o serie de lucrări de cercetare, în care am arătat rezultatele obținute în diverse boli. Din numărul total de bolnavi am selectat totdeauna cam 10% dintre ei, care au primit terapia clasică, alopată, ei constituind lotul martor, pentru a putea compara rezultatele apiterapiei cu terapia alopată.

Voi arăta în cele ce urmează, pe grupe de boli, tratamentul aplicat și rezultatele obținute.

Mai întâi BOLILE ACUTE:

În **rinitele acute banale** am folosit timp de 1-3 zile instilații nazale cu Propoheliant, de 3 ori pe zi câte 2-3 picături în fiecare narină.

În **rinitele acute gripale** același tratament completat cu tratamentul antigripal clasic și tonice generale apiterapice (Melcalcin, Meltonin, Energin). Evoluția a fost foarte bună, cu vindecare în 3-5 zile. În cazurile complicate cu afectarea căilor aeriene inferioare am completat cu sirop expectorant 41 sau 42 și vindecarea s-a produs în 5-6 zile.

În **sinuzitele acute anterioare** (maxilare, etmoidale sau frontale) am aplicat instilații nazale cu Propoheliant și tratament general apiterapic ca la rinitele acute, vindecarea survenind în 5-7 zile la 95% din cazuri. În restul de 5% am completat cu antibiotice.

În **sinuzitele acute posterioare** am aplicat, pe lângă instilațiile nazale de Propoheliant, pomada nazală Proporinol și aerosoli L., 6-10 ședințe, în doze de 1/3 flacon pe ședință la adulți și 1/4 flacon la copii, plus tratamentul general apiterapic, vindecarea survenind în 8-10 zile la 80% din cazuri. Restul de 20% au necesitat tratament antibiotic.

În **epistaxis anterior**, de obicei după o inflamație acută a pituitarei sau după un traumatism minor al piramidei nazale, am aplicat tampoane cu Propoheliant timp de 3-4 ore, precum și tratament general cu Melcalcin.

Comparativ cu lotul martor care a primit terapia clasică (instilații nazale cu medicația tipizată aflată în farmacii, inhalații sau aerosoli cu cortizonice și antibiotice, badijonări cu glicerină iodată, vitaminele A și C, medicație antialergică și tonice generale clasice), durata de vindecare a fost scurtată.

În **faringite și amigdalite acute sau cronice acutizate** am aplicat gargara cu ceai de mușețel cald combinat cu apă de gură „Floral”, urmată de sugerea tabletelor de Proposept – 2 tablete la adulți și 1 tabletă la copii, de 3 ori pe zi, după mese. Seara toți bolnavii au făcut înainte de culcare badijonaj pe amigdale și în faringe cu Propofaringit, plus instilații nazale de Propoheliant, de 2-3 ori pe zi.

Când aspectul clinic a fost confirmat și examenul bacteriologic a arătat prezența de levuri (de obicei *Candida albicans*) am aplicat în plus badijonaje locale, după fiecare masă, cu Propostamin. Ca tratament general am aplicat copiilor Melcalcin, alternativ cu Energin L., iar adulților Meltonin alternativ cu Malpol – per os – după fiecare masă, câte o linguriță. Vindecarea a survenit după 3-7 zile, iar vindecarea micozei a durat între 7-14 zile.

Urmărind bolnavii în timp, am constatat o rărire progresivă a puseelor acute. La copii – toți erau candidați la operația de vegetații adenoide și amigdale –, am reușit la 80% dintre ei evitarea actului chirurgical, ei nemaifăcând pusee acute, iar analizele de laborator devenind normale.

La **amigdalitele pultacee**, în 40% din cazuri am asociat, pentru 4-5 zile, și tratamentul cu sulfamide, bolnavii având o stare generală ușor alterată, cu febră peste 38,5°C. Bolnavii cu faringite și amigdalite cronice acutizate, după vindecarea puseului acut, au făcut tratamentul nostru de întreținere cu instilații nazale cu Propoheliant sau aplicarea de pomadă Proporinol, badijonaj de 1-2 ori pe zi, după mese, cu Propofaringit și tratament general cu Energin L., Melcalcin, Meltonin, Melpol – în serie de o lună cu pauze între 1-2 luni, obținând astfel o tonificare a mucoaselor respiratorii superioare și o creștere a rezistenței generale a organismului față de inflamații, viroze, infecții.

În **laringitele acute** și cele **cronice acutizate** am folosit Propoheliant sau Proporinol în aplicații nazale, aerosoli cu Proposept 6-12 ședințe. Deoarece majoritatea acestor cazuri erau asociate și cu faringită acută, am aplicat și tratamentul cu tablete de Proposept și badijonaje cu Propofaringit. Am dat și siropuri cu propolis ca sedativ al tusei uscate și dezinfectant al căilor aeriene inferioare. De asemenea, am aplicat același tratament general ca și la afecțiunile faringiene. Vindecarea a survenit în 6-8 zile.

Bolnavilor cu **laringite cronice acutizate**, complicate cu fonastenii, după trecerea puseului acut, le-am completat tratamentul cu Polenolecitină, câte o linguriță după fiecare masă, combinat cu Tinctură de propolis 30%, 10-15 picături după fiecare masă, pe pâine, obținând o tonificare a mușchiului din coarda vocală și deci o creștere a tonusului vocal.

Bolnavii au suportat foarte bine tratamentul atât local cât și general. Am avut 1% reacții locale alergice minore – roșeața tegumentelor perinarinare sau periorale, cu prurit sau ușor edem al acestor regiuni, la medicamentele care conțin propolis. Asociind un antialergic ușor (Nilfan) timp de 3-4 zile, nu a fost necesar să întrerupem tratamentul, iar reacția alergică a dispărut.

La toți acești bolnavi purtători de o afecțiune acută a faringelui și a laringelui am constatat o oarecare afectare a stării generale. După medicația generală aplicată, starea generală s-a ameliorat rapid, ei recăpătând apetitul și suportând foarte bine zilele de boală, majoritatea fără a-și întrerupe ocupațiile zilnice. La copii, care în majoritatea cazurilor erau debili, anorexici, cu atenția slăbită, am obținut – prin medicația generală aplicată – o redresare spectaculoasă a stării generale, cu creșterea apetitului și normalizarea ponderală și – în timp – creșterea importantă a randamentului la învățătură.

Față de lotul martor care a primit terapia clasică (antigripale, sulfamide, antibiotice, badijonare locală cu albastru de metilen, instilații nazale cu Mentorin,

Fedrocaină, Bixtonim), durata de vindecare a fost scurtată cu câteva zile. Astfel, în faringitele acute catarale vindecarea a survenit în 3 zile, în cele pultacee în 6 zile, în cele cronice acutizate în 4-5 zile, în amigdalitele acute catarale în 3 zile, în cele pultacee în 5-6 zile, în cele cronice acutizate în 5 zile, în laringitele acute catarale vindecarea a necesitat 5 zile, iar în cele cronice acutizate 7-8 zile.

În cazurile de **amigdalite acute** (30% adulți și 70% copii) bolnavii erau purtători ai unei faringite cronice hipo sau atrofice, cu o mucoasă faringiană deficitară, cu glande mucipare puține (se știe că mucusul are o acțiune bactericidă), deci cu o rezistență scăzută față de agresiunile virale sau miceliene sau față de factorii iritanți de mediu sau alimentari etc. La aceștia ablația amigdalelor ar fi dus, în mod cert, la accentuarea acestei faringite și la un potențial crescut de infecții descendente la căile inferioare (traheobronșite, congestii pulmonare, pneumonii etc.). Posibilitatea de a evita actul chirurgical la acești bolnavi reprezintă un mare succes pentru viitorul sănătății lor. Desigur că acolo unde infecția de focar prezintă determinări importante și unde apiterapia nu a reușit sterilizarea focarelor se neglijează factorul amintit mai înainte și se trece la actul chirurgical care suprimă răul major, urmând ca apoi bolnavii să-și trateze atrofia faringiană. Trebuie să arăt aici că Propoheliantul și Proporinolul au un efect antiinflamator, descongestionant al mucoasei nazale, antialergic local și, spre deosebire de medicamentele clasice similare, constituie și un tonic al mucoasei nazale, putând fi folosit cu efect deosebit în stări deficitare, atrofice ale mucoaselor respiratorii superioare.

Propofaringitul are proprietăți bacteriostatice, bactericide, este regenerator (citotonic) al mucoasei faringiene și cicatrizant, mult superior medicamentelor clasice similare care sunt numai dezinfectante. Componenta lor de bază fiind propolisul, s-au confirmat încă o dată proprietățile sale binecunoscute de antibacterian, antivirotic, antimicotic, datorită substanțelor pe care le conține: balsamuri, flavone, substanțe aromate, substanțe minerale, acid ferulic, acid cafeic, uleiuri eterate.

În **otita externă furunculoasă** am aplicat meșe cu Propotit în conductul auditiv extern, schimbate de două ori pe zi. Vindecarea a survenit după 3-5 zile.

În **otomicoză** am aplicat badijonaj, de 2 ori pe zi, cu Propotit în conductul extern și pe timpan, după eliminarea depozitului micotic prin spălătură auriculară. Vindecarea a survenit în 3 zile.

În **eczema auriculară** am aplicat badijonajul zonelor cu leziuni cu Propotit, de două ori pe zi timp de 2-3 zile, apoi am aplicat pomada Propoderm o dată pe zi încă 5 zile. Vindecarea a fost completă după 7-8 zile de tratament.

Plăgile, arsurile și pericondrita de pavilion auricular au beneficiat de aplicații zilnice de spray cu propolis. Vindecarea a survenit în 5 până la 8 zile.

În **othematom**, după evacuarea conținutului serosangvinolent, prin puncție locală, am aplicat pomada Propoderm și pansament compresiv. Vindecarea a survenit în 4 zile.

În **zona zoster de conduct auditiv extern** am aplicat badijonaje zilnice cu Tinctură de propolis timp de 5 zile, apoi încă 4 zile pomadă cu Propoderm, veziculele dispărând între 5-10 zile.

În **traumatismele timpanale** am badijonat plaga timpanală cu tinctură de propolis, apoi am aplicat o meșă sterilă uscată. Am repetat badijonajul și meșa la 2 zile. Vindecarea s-a produs în 15-20 de zile.

În **plăgile de conduct auditiv extern** am aplicat pansamente locale cu Propotit, schimbate zilnic. Vindecarea a survenit între 5-7 zile.

În toate aceste afecțiuni bolnavii au primit și un tratament cu Tinctură de propolis (10 picături de 3 ori pe zi) și Melcalcin – o linguriță după fiecare masă, iar la copii aceleași medicamente în doze adecvate vârstei fiecărui caz în parte. La bolnavii cu sechele după hepatită am administrat extractul fluid de polen, o jumătate de linguriță de 3 ori pe zi sau polen granule – 3 lingurițe pe zi. În zona zoster am administrat, pentru tratarea sechelelor dureroase, Polenolecitină 3 lingurițe pe zi și tinctură de propolis 10-15 picături de 3 ori pe zi.

În **otitele medii congestive** am aplicat instilații de 3 ori pe zi în ureche (5-6 picături calde) de Propolid și instilații nazale de 2 ori pe zi cu dispariția congestiei timpanice, a hipoacuziei și a otalgiei.

În **otitele catarale acute**, unde se prezintă inflamația acută a trompei lui Eustache, am aplicat instilații nazale de 2 ori pe zi cu Propoheliant și tinctură de propolis per os (10 picături de 3 ori pe zi) la mese. Vindecarea s-a produs în 5-6 zile, cu dispariția senzației de înfundare a urechii, a autofoniei și obstrucției nazale.

În **otitele medii seroase acute** am aplicat instilația auriculară de Propolid de 3 ori pe zi, instilații nazale de Propoheliant și tinctură de propolis per os. Vindecarea a survenit în 10 zile.

În **otitele medii supurate acute și otomastoidite acute** am aplicat toaleta riguroasă a urechii, cu îndepărtarea completă a secrețiilor auriculare, urmată de badijonajul urechii cu Propotit de 3 ori pe zi și concomitent am aplicat Propoheliant în nas și tinctură de propolis per os, vindecarea survenind în 7 zile.

În **sindroamele acute cochelovestibulare vasculare** am administrat tinctură de propolis per os, 20 de picături de 3 ori pe zi, după mese, împreună cu Lecipol 3 lingurițe pe zi. Tulburările vasculare au o dublă repercusiune asupra aparatului cochelovestibular, pe de o parte producând tulburări de hemodinamică a lichidelor labirintice, iar pe de altă parte afectând nutriția celulelor neurosenzoriale. Artera auditivă este îngustă și contracția ei depinde mult de influențele primite de la lanțul simpatic cervical. Deci, se produce o ischemie labirintică pasageră. Tratamentul aplicat a avut un efect antispastic neurotonic, hipotensor, vasodilatator. În decurs de 8 până la 10 zile vertijul a dispărut, auzul s-a normalizat și acufenele au dispărut fără a mai recidiva.

În **otitele medii supurate acute**, cu **reacție labirintică**, unde secreția retrotimpanică produce o iritare labirintică pe cale mecanică și vasculară, am aplicat toaleta auriculară de 3 ori pe zi, urmată de badijonarea cu Propotit până la dispariția secrețiilor purulente. Am aplicat și tratamentul general cu Tinctură de propolis și Lecipol. Secreția a dispărut în 5-7 zile, iar tulburările vestibulare în 10 zile. La aceste două grupe de afecțiuni am cercetat cauzele declanșatoare, care au fost: puseu acut de spondiloză cervicală în unele cazuri și hipertensiune arterială în alte cazuri. Am asociat la acest tratament și 6 ședințe de ionizări cu Procaină 1% și medicație hipotensoare. În supurațiile optice am asociat instilațiile

nazale cu Propoheliant și badijonaje faringiene cu Propofaringit pentru a combate inflamația concomitentă a rinofaringelui, care întreține supurația optică prin trompa lui Eustache.

BOLILE CRONICE îngrijite au fost următoarele:

Rinitele cronice catarale au beneficiat de instilații nazale cu Propoheliant dimineața și la prânz și Proporinol seara, timp de 2 săptămâni, obținându-se dispariția secrețiilor în 80% din cazuri și diminuarea lor în 20%. La cele hipertrofice am aplicat badijonajul cornetelor de 3 ori pe zi cu Propoheliant și aerosoli cu Proposept L., 12 ședințe. În cazurile cu hipertrofie mare de cornete am aplicat de 3 ori pe săptămână badijonajul cu Tinctură de propolis. După 3 săptămâni de tratament am remarcat reducerea considerabilă de volum a cornetelor, cu normalizarea respirației nazale în 90% din cazuri și ameliorare în 10%.

În **rinitele cronice micotice** am aplicat badijonări nazale de 3 ori pe zi cu Propostamin și apiterapie generală, obținând vindecarea în 5-8 zile, la toți bolnavii.

În cele câteva cazuri de **ulcer trofic al septului nazal** am aplicat tamponate locale cu Propoheliant schimbate de 3 ori pe zi, timp de 8-10 zile, obținând cicatrizarea perfectă a ulcerăției.

În **rinitele vasomotorii** am aplicat instilații de Propoheliant, pomada Proporinol, plus 1-2 serii de aerosoli cu Proposept L., obținând vindecarea în 75% din cazuri și ameliorarea în restul de 25%.

În **sinuzitele cronice**, anterioare și posterioare, cu puncția de control negativă, deci nesupurative și fără polipi nazali, am aplicat instilații nazale cu Propoheliant de 2 ori pe zi și Proporinol seara, aerosoli cu Proposept L., 12 ședințe, și tratament general apiterapic ca la rinite. Tratamentul a fost aplicat timp de 2-3 săptămâni, obținând la 95% din bolnavi dispariția secrețiilor nazale, diminuarea importantă a volumului cornetelor nazale, ameliorarea sau normalizarea simțului mirosului. La 5% din bolnavi, după o ameliorare trecătoare, simptomele au revenit necesitând repetarea periodică a tratamentului cu pauze de 1-2 luni. Radiografia sinusurilor efectuată la sfârșitul tratamentului ne-a arătat diminuarea importantă sau chiar dispariția voalării sinusurilor afectate. De asemenea, analizele de laborator s-au normalizat concomitent cu dispariția sau ameliorarea simptomelor clinice.

În **epistaxurile** repetate din inflamațiile cronice nazale am cauterizat pata vasculară de pe sept cu tinctură de propolis, apoi am aplicat Proporinol 2-3 zile și tratament general cu Melcalcin, vindecarea survenind într-o săptămână.

În **nevrita de olfactiv**, cu scăderea accentuată a simțului mirosului, am permeabilizat fosele nazale prin Propoheliant și Proporinol timp de o lună. La unii bolnavi am făcut și una-două serii de aerosoli cu Proposept L. Toți bolnavii au primit tratament general cu Polenolecitin – 3 lingurițe pe zi și – Tinctură de propolis 10-15 picături de 3 ori pe zi. Rezultate bune, cu revenirea mirosului, am avut în 60% din cazuri, după un tratament repetat în 5-7 serii, cu o pauză de o lună între serii. La 20% am avut doar o ameliorare, iar la 20% situația a

rămas neschimbată funcțional. Respirația nazală a revenit la normal la absolut toți bolnavii.

Un capitol important l-a constituit **alergia respiratorie**. Voi reaminti câteva noțiuni despre alergie. Declanșarea oricărei reacții alergice este cauzată de prezența alergenului, a reacției alergen-anticorp și de eliberarea mediatorilor. Reacția alergică are loc numai după sensibilizarea prealabilă a organismului de către un alergen. Urmează formarea anticorpilor specifici capabili să se unească cu antigenul. Antigenul pătrunde în organism pe cale respiratorie, digestivă sau cutanată. În cazurile studiate de noi pătrunderea s-a făcut prin mucoasa nazală sau sinuzală și mucoasa bronșică. Odată pătruns în organism, antigenul este fixat pe sistemul reticulo-histiocitar și fagocitar de macrofage, care îl descompun și rețin din el segmentele capabile să fie antigenice, capabile deci să producă anticorpi. Propolisul stimulează reacția plasmocitară și formarea de anticorpi în organele limfatice regionale și îndepărtate.

Rinita alergică este răspunsul alergic al organismului la expunerea mucoasei nazale la alergeni inhalatori. Simptomele sunt: rinoree abundentă apoasă, prurit nazal, strănut în salve, obstrucție nazală. Mucoasa nazală este puternic vascularizată, mai ales la nivelul cornetelor și puternic inervată. Ramuri ale nervului simpatic și parasimpatic produc vasoconstricție sau vasodilatație. Pituitara folosește 400 cm³ apă în 24 de ore, sub formă de secreție. Secreția nazală este formată din mucus elastic, produs de glandele mucipare, în care se găsesc cantități mici de imunoglobuline G și cantități mari de imunoglobuline A. Acești anticorpi (imunoglobuline) reprezintă 20-25% din proteinele secrețiilor nazale și constituie principala formă de imunitate câștigată împotriva infecțiilor căilor respiratorii. În mucusul nazal se găsește un puternic mijloc de apărare numit lizozom, dotat cu proprietatea de a digera membranele celulare ale multor bacterii și polenuri. Nasul filtrează particule mari de 10 microni. Inflamația pituitarei poate fi datorată unor infecții puternice, răcelii suprafeței corpului, traumelor psihice, inhalării de polen etc. Anatomic, mucoasa nazală a alergicilor nu diferă de cea a omului sănătos, dar ea este mai permeabilă la alergeni. Alergenii dizolvați de către enzimele lizozomale pătrund în stratul bazal al pituitarei, foarte bogat vascularizat, unde se găsesc multe celule bazofile și mastocite cu multe granule de histamină. Pe aceste celule se fixează anticorpii (reagine) – imunoglobulina S. Pentru ca reacția alergică să se producă, anticorpii se fixează pe mastocite și bazofile. Antigenul trebuie să fie obligatoriu bivalent, adică să se unească cu câte o valență de fiecare anticorp pentru a face un pod între două mastocite dotate cu imunoglobulina E. Dacă antigenul este monovalent, nu se produce reacția alergică. În momentul cuplării antigenului cu anticorpu (cu ajutorul ionilor de Ca și Mg) celulele secretă histamina din granulații. Se produce hiperemie și edem al pituitarei. Intensitatea simptomelor variază cu concentrația alergenului în aer și este agravată de factori nespecfici (fum, praf, infecții, mirosuri tari). Rinita cronică se instalează la adulții de peste 40 de ani (80% din cazuri) și predomină la femei (peste 70%). Ea se însoțește de sinuzite hiperplazice, polipi nazali. La 1/3 din acești bolnavi găsim și alte manifestări alergice (eczeme, urticarie, astm bronșic, alergie medicamentoasă). Unii prezintă infecții rinosinuzale (alergoinfectate). Astmul bronșic este frecvent datorat poluării atmosferice. Este o dispnee cu inspir

ușor și expir foarte dificil, anevoios, insuficient, cu aer rezidual în plămâni în exces, cu torace globulos. Criza de astm poate dura un sfert de oră până la câteva ore. Crizele pot fi subintrante foarte frecvente. La început crizele sunt scurte, apoi mai lungi și mai dese, și ajung în starea de rău astmatic. Există un teren ereditar. Cauze: alergenii diferiți, infecții, frig, umezeală, ceață, poluanți atmosferici, fumatul, tulburări nervoase sau endocrine, eforturi fizice mari. Sunt două forme de astm alergic: extrinsec – ce apare la bolnavii atopici și intrinsec – infecțios. Astmul alergic apare la tineri cu antecedente ereditare fiind precedat adeseori de alte manifestări alergice și în special de rinosinuzită alergică. Probele imunologie arată reacția pozitivă la alergenii și imunoglobulina E crescută. Mediul alergenico contează foarte mult. Uneori scoaterea din acest mediu este suficientă ca să se întrerupă crizele. Astmul infecțios este produs de infecții ale căilor respiratorii superioare și inferioare și este întreținut de acestea. Polinozele sunt manifestări alergice produse de polen în perioada de eflorescență (mai-septembrie), alergii periodice, cu lipsa oricărui simptom în lunile fără polen. Este mai frecventă la tineri, cu manifestări predominant la căile superioare și foarte rar la cele inferioare. Mai există alergii la înțepături de insecte (albine, viespi, bărzăuni etc.), unde alergenul este veninul sau saliva insectei pătrunsă prin tegumente, prin înțepătură și reacția este de tip imediat. Urticaria este frecventă la tineri și predominant la femei. Un mic procent de urticarie este de tip alergic (3%), unde alergenul este un aliment, un medicament, venin de insecte, transfuzii. Majoritatea sunt nealergice și sunt produse de: alimente bogate în histamină (pește, crustacee, fragi, conserve de carne), alcoolism, mese copioase, colită, litiază biliară, paraziți intestinali, tulburări hormonale, agenți fizici, hepatită acută etc. Boala serului, reacția alergică la medicamente, alergiile profesionale, boala autoalergică, sunt forme de care ne-am ocupat.

În *alergiile rinosinusale* am aplicat terapia locală și generală de desensibilizare nespecifică. Majoritatea bolnavilor ni se adresează după ce au epuizat terapia clasică cu cortizonice, antibiotice, cură de salină, cură heliomarină, homeopatie și acupunctură. Cu atât mai grea este sarcina noastră, având de-a face cu bolnavi vechi, cu suferințe cronice de ani de zile și cărora această boală le crează o adevărată infirmitate, în special *forma rinobronșică*. La bolnavii vechi, cu toate investigațiile de laborator făcute în repetate rânduri, le-am prescris analize curente, în special eozinofilia nazală și sangvină. La cei noi, am solicitat toate analizele necesare, inclusiv probe imunologice. Am recomandat bolnavilor evitarea tuturor factorilor favorizanți și declanșatori, și, pe cât posibil, cei care au avut condiții au respectat aceste indicații. Tratamentul a fost efectuat în serii de 30 de zile, urmate de pauze de o lună (3-4 serii), după care am mărit pauzele la 2-3 luni. Am aplicat instilații nazale dimineața și la prânz cu Propoheliant și seara pomada Proporinol. Am aplicat aerosoli cu Proposept L., serii de 12 ședințe (1/3 flacon la adulți și 1/4 la copii) zilnic câte o ședință. Majoritatea bolnavilor au efectuat acest tratament la serviciul nostru de fizioterapie, personalul nostru supraveghind fiecare bolnav în parte, urmărind eventualele reacții adverse sau intoleranțe. O parte dintre bolnavii noștri au făcut acest tratament combinat cu ape sulfuroase în stațiunea Govora, obținând rezultate foarte bune. Ca tratament general am administrat Melcalcin și Tinctură de propolis. La bolnavii cu examenul

coproparazitologic pozitiv am efectuat tratamentul corespunzător, acesta contribuind la vindecarea alergiei. Deși unii bolnavi s-au simțit foarte bine după prima serie de tratament, am continuat cu încă 3-4 serii, măbind pauzele între serii, corespunzător cu amendarea simptomelor. În 30% din cazuri rezultatele au fost foarte bune – au dispărut rinoreea seroasă, crizele de strănut, obstrucția nazală. La 50% rezultatele au fost bune, toate simptomele s-au diminuat mult, nedispărând totuși complet. Un procent de 20% dintre bolnavi nu au beneficiat de tratament. La alergiilor bronșici am adăugat în plus față de tratamentul descris mai înainte, siropuri expectorante cu propolis.

Din această ultimă categorie de bolnavi 50% au răspuns foarte bine la tratament, crizele dispărând complet, după prima serie de tratament, 30% au necesitat 3-4 serii cu pauze de 1-3 luni între serii, după care s-au simțit perfect. Un procent de 20% au rămas neinfluențați. Subliniem că în tot cursul tratamentului apiterapic acești bolnavi nu au mai făcut alte tratamente antialergice. Analizele de laborator au fost în perfectă concordanță cu evoluția bună sau mai puțin bună a bolnavilor, ele constituind pentru noi un ghid prețios pentru orientarea tratamentului. Toți bolnavii au suportat foarte bine tratamentul apiterapic local și general. Reacții de intoleranță minore la propolis am observat la 2% dintre bolnavi. Testarea am făcut-o cu instilații nazale cu Propoheliant la toți bolnavii. Dacă au suportat bine acest medicament timp de 2-3 zile, am continuat și cu celelalte medicamente.

Bolnavii cu **amigdalită cronică** și **vegetații adenoide**, în majoritate copii (85%) între 12-14 ani, bolnavii care aveau contraindicații operatorii, atrofii nazale și faringiene și fără infecție de focar, au beneficiat din plin de apiterapie. La adulți cu forme cazeoase am efectuat extragerea dopurilor de cazeum, urmată de badijonarea amigdalelor cu Propofaringit. După acest tratament de 2-3 săptămâni, repetat de 2-3 ori cu pauze de 3-4 săptămâni, puseele acute nu au mai reapărut, toate simptomele dispărând în proporție de 100%. La copiii debili fizic, anorexici, am aplicat în plus terapie generală cu Energin, Melcalcin, Energin L., și uneori Tinctură de propolis, la 80% din aceștia am obținut o ameliorare progresivă a stării generale, cu dispariția puseelor acute, la restul de 20% a fost necesar actul chirurgical.

În **faringitele cronice catarale** și **hipotrofice** am aplicat instilații nazale cu Propoheliant, gargarisme cu floral, badijonaje după fiecare masă cu Propofaringit și tratament general cu medicamente cunoscute. În formele catarale tratamentul a fost aplicat 10 zile, rezultatele fiind bune în 85% din cazuri și ameliorări în 15%. Tratamentul a fost reluat periodic după 1-2 luni de pauză, apoi mai rar. La bolnavii cu **micoze faringiene** sau **bucolinguale** am aplicat gargarisme cu Floral și badijonare cu Propostamin. Vindecarea a survenit în 3-5 zile în 90% din cazuri, la restul fiind necesară asocierea de micostatice alopate.

Rinita atrofică banală este inflamația cronică a mucoasei pituitare, însoțită de diverse grade de alterare anatomo-patologică a acesteia. De obicei aceste procese inflamatorii se extind și la mucoasa faringiană și laringiană. Tabloul clinic ne arată un grad avansat de atrofie, cu lipsa secrețiilor nazale, uscăciune, lărgirea foselor nazale, iar mucoasa este palidă. Etiologic, găsim, în antecedentele bolnavilor, o rinită catarală cronică prelungită și factori favorizanți (condiții igienice necorespunzătoare, alimentație nerațională, stare de alergii

după boli infecțioase cu evoluție prelungită, infecții sinusale cronice, boli generale care reduc rezistența organismului), precum și factori de mediu nociv: pietrari, sticlari, morari, gipsari etc., care respiră aer intens poluat cu pulberi în suspensie. Simptomele sunt: jenă respiratorie subiectivă prin scăderea presiunii inspiratorii, senzație de uscăciune, cefalee. Uneori există o secreție mucopurulentă uscată sau cruste. Evoluția bolii este lentă și prognosticul benign. Tratamentul a constat din: badijonare de 3 ori pe zi în fosele nazale cu Propoheliant timp de 2-4 săptămâni, însoțită de tratament general cu Energin L., Melcalcin, Vitadon. Tratamentul cu o durată de 10-15 zile a fost reluat după pauze de 1-3 luni, efectuându-se 4-6 serii pe an. Rezultatele au fost foarte bune în 65 din cazuri, bune în 20%, iar 15% au rămas neinfluențate. Mucoasa nazală s-a refăcut, s-a ameliorat circulația sanguină locală, glandele mucipare atrofiat și-au reluat funcția, pituitara devenind iarăși de culoare roz și cu o umiditate cvasinormală.

Rinita atrofică ozenoasă prezintă o triadă simptomatică: atrofia accentuată a mucoasei nazale și scheletului cornetelor și piramidei nazale, secreții mucopurulente crustoase, formând adevărate mulaje ale foselor nazale, cu sângerare la desprinderea lor, fetiditate, scăderea simțului mirosului și cefalee.

Etiopatogenia acestei maladii este încă controversată. Predomină la sexul feminin, apare înaintea pubertății, și este favorizată de condițiile de viață și mediu neigienice. Alte cauze: conformația prea largă a foselor nazale, lues, difteria, tulburări neurovegetative, endocrine, metabolice, carențe de vitamina A, magneziu și fier. Examenul bacteriologic al secrețiilor arată un microb special al acestei boli: *Klebsiella*, asociat cu floră nespecifică, corinebacterii (*C. diphteriae*, *C. pseudodiphteriae*), *Proteus* tip O (bacilul Perez), fungii (*Candida*, *Mucor*, *Aspergillus*), pseudomonas, stafilococi, streptococi, colibacili etc. Lipsa anticorpilor contra antigenului încapsulat în organismul bolnavilor de ozenă este un deficit de imunitate, care pare să fie una din cauzele principale ale evoluției cronice a acestei boli. Anatomopatologic găsim un proces difuz de scleroză inflamatorie, atrofică, epiteliul mucoasei nazale se metaplaziază din cilindric ciliat în pavimentos stratificat, celulele glandulare se atrofiază, unele dispar, vasele se sclerozează, scheletul osteocartilaginos se atrofiază, fosele se lărgesc mult. Acest proces se poate extinde la sinusurile feței, faringe, laringe. Simptome: la vârsta de 7-8 ani debutează ca o rinită catarală mucopurulentă, cu o secreție abundentă, groasă, persistentă. Mucoasa este palidă, cornetele tumefiate. După câțiva ani, acest guturai, care nu cedează la nici un tratament, începe să devină fetid, apar cruste, instalându-se perioada de stare a ozenei, cu simptomele descrise mai înainte. În jurul vârstei de 40 de ani, procesul atrofic devine staționar, simptomele subiective și obiective încep să se diminueze. Evoluția bolii este lentă, insidioasă. Etiologia endocrină pare a fi confirmată de faptul că boala debutează la pubertate și se atenuează mult la menopauză, în timpul ciclului menstrual simptomele se accentuează, iar în timpul gravidității se ameliorează mult.

Tratamentul aplicat de noi a constat în: decaparea crustelor nazale, zilnic, prin spălături nazale cu ser fiziologic cald, apoi instalații de Propoheliant de 3 ori pe zi, badijonaje zilnice în fosele nazale cu o soluție formată din Propoheliant – un flacon + 1 g streptomycină. După o lună de tratament am constatat dispariția

crustelor nazale, diminuarea uscăciunii pituitarei, ameliorarea vascularizației locale. Toți bolnavii au primit tratament general cu Tinctură de propolis, Polenolecitin, Melcalcin, Energin L. Deoarece tratamentul cu cele mai bune rezultate în ozenă este cel chirurgical, noi am luat în tratament apiterapic numai pe acei bolnavi care din diverse motive, au refuzat operația, pe cei operați dar cu rezultate post-operatorii nesatisfăcătoare sau pe cei cu contraindicații operatorii. Tratamentul a fost reluat periodic ca tratament de întreținere, 10-15 zile pe lună. Desigur, în ozenă nu există vindecare completă decât prin tratament chirurgical. Dar prin tratamentul apiterapic aplicat de noi am obținut o ameliorare foarte importantă la majoritatea bolnavilor, tratamentul de întreținere fiind efectuat cu pauze progresiv mai mari și perioade mai scurte. Deoarece acești adevărați infirmi, răspândesc în jurul lor un miros fetid de nesuportat, majoritatea fiind femei tinere, apreciem tratamentul apiterapic ca foarte eficace, el având ca efect dispariția acestui simptom supărător, dispariția cefaleei și revenirea simțului olfactiv.

Faringita cronică atrofică simplă se datorește atrofiei progresive a mucoasei și glandelor seroase și mucoase, după repetate inflamații cronice locale. De asemenea, după amigdalectomie, la unii bolnavi cu o conformație mai largă a faringelui, faringita catarală cronică devine atrofică (sindromul amigdalopriv). Mucoasa devine palidă, uscată, lucioasă, secrețiile mucoase devin aderente, staționează local și fermentează, producând un miros neplăcut, iar bolnavul are senzația de corp străin și face eforturi, mai ales dimineața, căutând să elimine aceste secreții prin hemaj și tuse. Indicația de extirpare a amigdalelor trebuie pusă cu mare grijă, numai când constatăm o infecție de focar, deoarece o mare parte din faringitele uscate provin din amigdalectomiile făcute fără indicație absolută.

Tratamentul a constat din instilații nazale cu Propoheliant, badijonaje după fiecare masă cu Propofaringit și tratament general cu Tinctură de propolis, Energin L., Melcalcin, Meltonin. Tratamentul a fost aplicat 30 de zile, obținându-se rezultate foarte bune în 45% din cazuri, bune în 35% și slabe în 20%. S-a îmbunătățit circulația sangvină, s-au refăcut glandele seroase și mucoase, a dispărut jena faringiană și hemajul. După o lună de pauză bolnavii au reluat tratamentul, făcând badijonaje numai seara la culcare. Am efectuat 4-6, serii pe an, pauzele devenind progresiv mai mari.

Faringita cronică ozenoasă însoțește de obicei ozena nazală. Totuși, uneori predomină ozena faringelui superior. Unele boli contagioase din copilărie predispun. În rest, aceleași considerații etiopatogenice ca și la forma nazală. Tratamentul aplicat de noi a constat din badijonare, după fiecare masă, cu soluție de Propoheliant plus streptomycină, timp de o lună, reluat periodic după o lună pauză, de 6 ori pe an. Același tratament general ca și la ozena nazală, obținând aceleași rezultate.

Laringita cronică atrofică, uscată, crustoasă este o extindere la laringe a procesului ozenos rinofaringian. Mucoasa laringiană este palidă, uscată, acoperită de cruste, care uneori pot produce sufocație, senzație de arsură. Tratamentul a constat din instilații nazale cu Propoheliant, badijonaje faringiene cu Propofaringit după fiecare masă, aerosoli cu Proposept L și un tratament general ca la ozena nazală și faringiană. Instilații și badijonajele le-am aplicat în serii de o lună, cu

pauze de o lună, 3-4 serii pe an, iar aerosolii în serii de 12 ședințe, le-am repetat la 2-3 luni. Rezultatele au fost aceleași ca la ozena nazală și faringiană.

Comparând tratamentul apiterapic local și general aplicat în atrofiile căilor aeriene superioare, cu cel clasic, trebuie să remarcăm următoarele:

a) tratamentul clasic este foarte sărac și constă în medicamente care doar ung mucoasele având o acțiune mecanică, de suprafață, în timp ce apiterapia produce o acțiune asupra interiorului mucoaselor, favorizând o vasodilatație locală, care duce la refacerea anatomofuncțională a glandelor seromucoase, crește troficitatea mucoaselor atrofiat, iar mucusul, fiind bactericid, contribuie la sterilizarea secrețiilor patologice din cavitățile respective. În special propolisul (care are o acțiune antibacteriană, antivirotică, antiparazitară, antimicotică, cicatrizantă, citotonică) conținut în toate medicamentele utilizate de noi are un efect deosebit. Tratamentul general apiterapic contribuie la creșterea rezistenței generale a organismului și, în acest fel, se adaugă la creșterea rezistenței locale a mucoaselor respective;

b) apiterapia umple un gol în terapia clasică la acest capitol de maladii;

c) tratamentul este simplu, ușor de executat, bine tolerat de bolnavi (reacțiile alergice minore reprezintă doar 2% din cazurile tratate) și cu rezultate net superioare celui clasic;

d) medicul curant este singurul care decide asupra duratei tratamentului, a pauzelor dintre seriile de tratament și succesul terapeutic (depinde de conștiinciozitatea prezentării la control a bolnavilor);

e) analizele de laborator efectuate fiecărui bolnav (exudat nazal, faringian sau laringian, hemoleucogramă, VSH, în cazuri speciale și alte analize) sunt absolut necesare și ele au oglindit totdeauna evoluția clinică, fiind un indicator necesar, alături de simptomele clinice, pentru conduita terapeutică cea mai potrivită fiecărui bolnav în parte;

f) este foarte important pentru succesul tratamentului apiterapic ca bolnavii să ducă o viață sănătoasă, să se alimenteze rațional, să evite tutunul, excesul de alcool și să evite, pe cât posibil, expunerea la factori poluanți. Numai în acest mod putem conta pe o creștere importantă a rezistenței locale și generale a organismului față de agresiunile toxice și microbiene.

Am avut în îngrijire câteva cazuri cu **pareze recurențiale post-virolice** și fonastenie. Pe lângă tratamentul clasic cu vitaminele B₁, B₆ și faradizări pe laringe, am folosit aerosoli cu Propolis, 10-15 ședințe, Polenolecitină granule, Tinctură de propolis 50% plus Miere propolizată 2%. Rezultatele au fost foarte bune în toate cazurile.

Ultima categorie specială de bolnavi îngrijiți au fost cei cu **neoplasme faringo-laringiene** operați și iradiați, care prezentau radioepitelite, cu uscăciunea mucoasei buco-faringiene, inapetență și disfagie. Acestor bolnavi le-am aplicat local badijonaje cu soluție Propofaringit, tablete cu propolis și produse pe cale orală conținând miere și polen. La absolut toți disfagia a dispărut, a reapărut pofta de mâncare și starea lor generală s-a ameliorat progresiv, ei fiind astfel ajutați să depășească o fază grea din evoluția lor postoperatorie.

În **otita externă alergică** am aplicat o dată pe zi, seara, Propoderm unguent timp de 14 zile, iar ca tratament general Melcalcin și Tinctură de propolis.

Vindecarea a survenit în 14 zile la 70% din cazuri, în 22% am prelungit tratamentul timp de o lună, iar 8% au rămas neinfluențate. La bolnavii la care examenul clinic și de laborator a arătat o interesare hepatică, am aplicat și extractul fluid de polen, cu rezultate foarte bune.

În **otomicoze**, care s-au prezentat la noi în faza cronică, am eliminat, prin spălătură, depozitul micotic din conduct, apoi am aplicat același tratament ca și în cele acute, dar cu o durată de 7-10 zile, vindecarea survenind la toți bolnavii.

În **eczema auriculară** am aplicat o dată pe zi, seara, unguentul Propoderm în conduct timp de 15 zile. Am aplicat și tratament general cu Tinctură de propolis și Melcalcin, obținând în 60% din cazuri ameliorare, 25% cu recidive la intervale variabile de la 1 la 6 luni, iar 15% nu au beneficiat deloc. Tratarea de încă 2 până la 4 ori, cu pauze de 2 săptămâni, a adus și vindecarea acestor bolnavi cu recidive, ei rămânând totuși în evidența și sub controlul nostru.

Fistula preauriculară a fost prezentă la câțiva copii, având un traseu de 6 cm. Am injectat Tinctura de propolis pe traiectul fistulos, apoi am aplicat pansament compresiv timp de o săptămână. Supravegheată timp de 3 luni, fistula nu a mai recidivat.

Trebuie să mai adăugăm că la toți acești bolnavi am aplicat și tratamentul unor afecțiuni O.R.L. concomitente (adenoamigdalită cronică, ozenă nasofaringiană, rinofaringită cronică), care pot influența evoluția bolilor urechii externe.

La copiii debilitați fizic am aplicat și alte tratamente generale tonice: Energin, Polenapin, Miere cu propolis etc. La absolut toți bolnavii le-am recomandat păstrarea unei igiene locale riguroase. La cei cu supurații auriculare vechi, care întrețineau eczema cronică, am aplicat tratamentul acestor supurații până la vindecarea lor.

Atât în afecțiunile acute, cât și în cele cronice ale urechii externe am folosit medicamente cu conținut de propolis care, prin acțiunea sa antiinflamatorie, desconggestionantă, antimicrobiană, antimicotică, antialergică, citotonică, a produs vindecarea într-un timp scurt, bolnavii putându-și continua ocupațiile zilnice.

În afecțiuni supurative (furuncul auricular sau supurații otice cu eczeme secundare) nu au fost necesare antibiotice, propolisul având un puternic efect antimicrobian.

Tratamentul afecțiunilor de vecinătate sau în infecții de focar (dentar, amigdalian, sinusal, supurații otice) este foarte important, mai ales în eczeme sau otite externe alergice.

Tratamentul apiterapic aplicat local și general este simplu și comod. Toți bolnavii l-au suportat foarte bine, nesemnaland nici o reacție adversă.

O mențiune specială merită a fi făcută pentru zona zoster, la care tratamentul apiterapic produce o vindecare rapidă față de cel clasic, și care poate dura luni de zile, cu sechele dureroase chinuitoare.

Tratamentul general este foarte important, fiind de ajutor în vindecarea stării generale, mai ales la vârstele extreme (copii și bătrâni) și în scurtarea duratei tratamentului local.

REZULTATE

Față de lotul martor care a primit terapia clasică pe bază de hidrocortizon, antibiotice, antialergice, antimicotice, bolnavii tratați apiterapic au avut o evoluție mult mai bună, durata de vindecare fiind mult mai scurtă (cu 65%).

În afecțiunile tratumatice, plăgi, arsuri de pavilion, conduct și timpan, rezultatele sunt spectaculoase, cu vindecare rapidă și estetică.

În **otitele medii catarale cronice**, unde cauza este reprezentată de inflamații repetate ale trompei Eustache și deci a rinofaringelui, am aplicat instilații nazale cu Propoheliant de 2 ori/zi și badijonaje ale faringelui cu Propofaringit, iar pe cale generală am aplicat Tinctură de propolis per os, 10 picături de 3 ori/zi, la mese. În 7 zile au dispărut acufenele, hipoacuzia de tip transmisie s-a ameliorat progresiv, dispărând complet în 15 zile în 70% din cazuri. În 30% din cazuri au fost necesare insuflații tubare de 3 ori pe săptămână pentru revenirea completă a auzului.

În **otitele medii supurate cronice**, cu supurație intermitentă și cu vechime variată, unele din copilărie – cu pauze de ani de zile, altele cu o frecvență de câteva ori pe an – am pus la punct nasul și faringele, care de obicei întrețin sau declanșează în majoritatea cazurilor suprafața otică. Am aplicat instilații nazale cu Propoheliant de 2 ori pe zi și badijonaje faringiene cu Propofaringit de 3 ori pe zi după mese și am aplicat badijonaje de 1-2 ori pe zi cu Propotit, după o riguroasă toaletă locală otică. Indiferent de flora microbiană prezentă și de antibiogramă, tratamentul a fost eficace în 90% din cazuri, supurația dispărând în 10-15 zile. 10% dintre bolnavii la care supurația otică era întreținută de afecțiuni chirurgicale (polipi nazali, vegetații adenoidale, deviație sept nazal, rinosinuzite supurate, amigdalite cronice) au fost îndrumați către spital pentru intervenție chirurgicală. După executarea operației respective, bolnavii au reluat tratamentul local cu Propotit, vindecarea survenind în 7 zile la absolut toți bolnavii.

În cele 4 cazuri de **otomastoidite supurate cronice**, unde radiografia mastoidiană a arătat leziuni de scleroză mastoidiană fără leziuni osteitice evolutive, tratamentul a fost identic cu cel aplicat la capitolul precedent, vindecarea survenind în 15 zile la toți bolnavii.

În **sechelele postotitice** – unde bolnavii acuză hipoacuzie mixtă, uneori de percepție (labirintizare), am aplicat instilații nazale cu Propoheliant de 2 ori pe zi pentru a elimina componenta tubară, am aplicat tratamentul general cu Polenolecitină – 3 lingurițe pe zi și Tinctură de propolis 10-15 picături de 3 ori pe zi pentru componenta cochleară, obținând, în 30 de zile, un câștig auditiv de 10-20 decibeli. Tratamentul a fost reluat de 3-4 ori, cu pauze de o lună între serii, câștigul auditiv menținându-se în 70% din cazuri, iar în 30% a fost necesară prelungirea tratamentului, după necesitate. În 15% din cazuri unde supurația otică a revenit, am aplicat și tratamentul auricular cu Propotit badijonaj, o dată pe zi, în ureche, oprirea supurației survenind în 7 zile.

În **otoscleroze** operate și recidivate cu hipoacuzie de percepție am aplicat tratamentul cu Polenolecitină – 3 lingurițe pe zi (sau Lecipol) și Tinctură de propolis 10-15 picături de 3 ori pe zi, în serii de 30 de zile cu pauze de o lună între

serii. Am obținut, în 60% din cazuri, o ameliorare auditică de 15 decibeli după 4 serii, iar 40% nu au fost influențați, aceștia urmând să continue tratamentul.

La bolnavii cu afecțiuni nesupurative ale urechii medii și anexelor sale, acțiunea antiinflamatorie descongestionantă, citotonică a propolisului conținut în medicamentele aplicate local în ureche, nas sau faringe a produs vindecarea într-un timp relativ scurt, bolnavii putând să-și continue ocupațiile zilnice.

La cei cu afecțiuni supurative, deși examenul de laborator ne-a arătat diferite tablouri microbiene, în toate cazurile propolisul conținut în Propotit și-a dovedit efectul antimicrobian universal, nefiind necesară nici într-un caz recurgerea la antibioticul indicat de antibiogramă. Ba mai mult, și la bolnavii la care antibiograma arăta rezistență la toate antibioticele, deci unde bolnavii epuizaseră tratamentul local cu diverse antibiotice, terapia locală cu propolis a fost salutară.

Tratamentul afecțiunilor de vecinătate este foarte important în afecțiunile acute, dar mai ales în cele cronice, fiind obligatorii pentru a obține vindecarea afecțiunilor otice.

În **cochleonevrite** întâi am stabilit etiopatogenia. La vârste tinere, până la 50 de ani, cauza principală o formează tulburările circulatorii de tip spastic, care produc o oxigenare insuficientă a cochleii și cu timpul pot produce alterări definitive anatomofuncționale. După 50 de ani apar modificări aterosclerotice care la bolnavii care folosesc o alimentație nerațională (fapt evidențiat de valori crescute ale colesterolemiei), fumează și fac abuz de alcool și cafea produc tulburări accentuate în hemodinamica urechii interne. Indiferent de vârstă, la unii bolnavi, boala a fost produsă de o neuroviroză. Cele mai grave sunt cele toxice, în special după antibiotice (streptomycină, canamicină). Spondiloza cervicală cu osteofite vertebrale poate produce o diminuare a debitului sangvin cerebral, cu consecințe și asupra urechii interne. La acești bolnavi cronici, cu evoluția bolii de ani de zile, am aplicat 4 serii de tratament pe an în serii de o lună, cu pauze de o lună între serii, folosind Polenolecitină 3 lingurițe pe zi și Tinctură de propolis câte 15-20 de picături de 3 ori pe zi, masajul cefei cu Apireven, efectuat în fiecare seară 15 minute și gimnastica gâtului efectuată dimineața la sculare – 15 minute. După această schemă de tratament am obținut, în decursul unui an: 10% vindecări la bolnavii tineri cu o scădere ușoară de auz, audiograma arătând la sfârșitul tratamentului o curbă normală, 50% ameliorări importante (câștigarea a 25-30 decibeli pe audiogramă), 20% ameliorări ușoare (câștig de 10 decibeli), iar 20% au rămas neinfluențate, urmând ca toți cei 90% nerezolvați complet să continue tratamentul în viitor. De remarcat că acufenele au dispărut complet în 70% din cazuri, la 10% au diminuat mult, iar la 20% au persistat.

În **sindroamele vertijoase vasculare cronice**, care însoțesc de obicei afecțiunile cardiovasculare (HTA), cardiopatia ischemică cronică etc. am aplicat, pe lângă tratamentul prescris de medicul cardiolog, și tratamentul nostru cu Tinctură de propolis – 20-25 de picături de 3 ori pe zi și Lecipol 3 lingurițe pe zi, în 4 serii de câte o lună, cu pauze de o lună între serii. La bolnavii cu spondiloza cervicală, am colaborat cu medicul reumatolog, care a aplicat infiltrații cu venin de albine local, pe lângă tratamentul nostru aplicat după cum am arătat mai înainte. Rezultatele au fost: ameliorări importante în toate cazurile, cu diminuarea

importantă a vertijului, cu dispariția dezechilibrului în mers și cu perioade de 2-3 luni în care vertijul dispare complet, revenind cu intensitate mai redusă.

În **otitele medii supurate cronice cu labirintizare**, unde supurația otică era intermitentă, însă cu hipoacuzie mixtă cu evoluție spre percepție, deci cu interesarea cochleii, am aplicat tratamentul local cu Propotit, până la vindecarea supurației (care s-a produs în 10-15 zile), aplicând concomitent și tratamentul general cu Tinctură de propolis și Polenolecitină în dozele obișnuite, în 4 serii pe an, cu o lună pauză între serii. Supurația a încetat în toate cazurile, iar auzul s-a ameliorat în 85% din cazuri.

În **otoscleroze** operate, uni sau bilateral cu hipoacuzie de percepție am aplicat același tratament ca la cochleonevrite, obținând în 4 serii de tratament un câștig de 10-15 decibeli, deci o ameliorare auditivă.

În **prezbiacuzii** – care se întâlnesc la vârstnici și unde se produce o scădere lentă dar progresivă a auzului – am aplicat același tratament ca la cochleonevrite, după aceeași schemă, obținând 55% ameliorări de 10-15 decibeli, 30% o staționare a auzului (adică oprirea evoluției progresive a surdității), iar 15% au rămas neinfluențați.

Am avut două cazuri de **surdmutitate congenitală** la copiii de 2 și 3 ani, unde am aplicat tratamentul cu Tinctură de propolis, 10 picături de 3 ori pe zi și Polenolecitină 3 lingurițe pe zi în 6 serii repetate cu o lună pauză între ele, obținând o ușoară ameliorare (perceperea zgomotelor puternice, pe care înainte de tratament nu le auzeau deloc).

În cele trei cazuri de **surditate secundară postmeningitică** (copiii de 3, 5, 6 ani) am aplicat tratamentul cu Tinctură de propolis, 10 picături de 3 ori pe zi și Polenolecitină 2 lingurițe pe zi, obținând un câștig de 15-20 decibeli după un an de tratament.

La bolnavii cu supurații auriculare, acute sau cronice, deși examenul bacteriologic a arătat diverse specii de microbi patogeni, iar în unele cazuri antibiogrammele arătau o rezistență la majoritatea antibioticelor sau sensibilitate la antibiotice ototoxice, propolisul din Propotit a reușit să anihileze supurația prin tratament riguros aplicat, cu toaleta auriculară de 3 ori pe zi. Nu am folosit antibiotice nici la supurațiile acute nici la cele cronice, decât la lotul martor.

În **cochleonevrite** și în **sindroamele cochleovestibulare** ne-a fost de un real folos colaborarea cu colegii de la reumatologie, boli interne, oftalmologie și cardiologie, ajutându-ne la stabilirea etiologiei și la succesul tratamentului, completat cu cele aplicate de specialiștii respectivi.

Radiografiile otomastoidiene, de stâncă și cele cervicale ne-au fost de un real folos la stabilirea etiologiei în afecțiunile urechii interne.

Audiogrammele ne-au permis să urmărim evoluția funcțională auditivă la toți bolnavii, adaptând tratamentul după datele indicate de acestea.

Toți bolnavii noștri au suportat excelent apiterapia, nesemnaland nici o reacție adversă sau intoleranță.

Starea generală la toți bolnavii s-a îmbunătățit, majoritatea menționând că se simt reconfortați, cu vitalitate crescută, în special la vârstele extreme.

Față de lotul martor care a primit terapia clasică locală și generală (antibiotice local și general, vitamine B₁ și B₆, vasodilatatoare, hipotensoare sedative), evoluția bolnavilor tratați apiterapic a fost mult mai bună, la cei cu afecțiuni acute durata de vindecare a fost mult scurtată, cam cu 50%, iar la cei cronici ameliorarea auditivă a fost mai bună și dispariția vertijului a fost mult scurtată.

Apiterapia folosită de noi a produs, așa după cum am mai arătat, o îmbunătățire a stării generale și o reechilibrare psihică evidentă, fiind știut că bolnavii vestibulari și hipoacuzici au, de obicei, un complex de inferioritate și o stare depresivă.

Tratamentul local otic este simplu, comod, iar durata de vindecare este mult scurtată. Înlocuirea tratamentului prin injecții cu cel per os este preferat de toți bolnavii.

Analizele de laborator și celelalte examene paraclinice ne-au ajutat mult la precizarea diagnosticului și la urmărirea corectă și exactă a evoluției fiecărui bolnav în parte, reglând schema de tratament în funcție de evoluția clinică și cea a examenelor paraclinice.

În lotul nostru de bolnavi cercetați am avut câțiva copii cu **surdomuitate completă** sau **foarte accentuată**, care au obținut orecare rezultate, ei având speranța ameliorării progresive după continuarea tratamentului apiterapic și în anii următori. De asemenea, o serie de bolnavi hipoacuzici, tratați clasic cu injecții cu Otoneurine, Sansurdal, fără efect, au obținut prin apiterapie rezultate îmbucurătoare, redându-li-se măcar posibilitatea folosirii unei proteze acustice auditive.

Afecțiunile acute și cronice ale aparatului acustico-vestibular, deși dețin o pondere mai mică în morbiditatea ORL decât cele rinosinuzale sau faringolaringiene, au totuși o importanță mare prin deteriorarea unui organ de relație foarte important (auzul și echilibrul).

Bolnavul hipoacuzic sau vestibular este un infirm, el nu poate auzi ce este în jurul său sau nu este sigur pe mersul său. De aceea, vindecarea sau măcar ameliorarea acestor afecțiuni reprezintă o redresare psihică și o reintegrare a lor în mecanismul social și profesional.

Apiterapia ajută efectiv la obținerea acestui deziderat și în condiții mai bune decât terapia clasică, scurtând durata bolii și având un coeficient mult superior de reechilibrare acustico-vestibulară și implicit psihosocială, dat fiind că o bună parte din acești bolnavi sunt salariați, lucrând în industrie, construcții, redarea lor locurilor de muncă constituind o contribuție importantă la menținerea stării de sănătate a populației și având și un efect economic.

În concluzie, apiterapia nu constituie un panaceu. Pentru eficacitatea tratamentului trebuie ca bolnavii să fie riguros selecționați (excluzând pe cei cu contraindicații). Deci este foarte important și absolut necesar ca apiterapia să fie aplicată sub control și supraveghere medicală competentă.

Efectul principal al produselor apiterapice este: biostimulator, de mobilizare a unor mecanisme de apărare a organismului, precum și antiinflamator, antibacterian, antimicotic, cicatrizant, citotonic (prin factori de stimulare tisulară locală) și analgezic.

În inflamațiile acute și cronice ORL apiterapia corect aplicată dă rezultate superioare terapiei clasice, scurtând durata tratamentului și ameliorând, în importantă măsură, starea generală.

BIBLIOGRAFIE

- ALEXANDROV I., I. DANILOV – Sur les qualités bactéricides de la propolis, din La Propolis. Editura Apimondia, București, 1975, pag. 40-41
- ALEXANDROV I.S. – Sur les qualités bactéricide de la propolis, din La Propolis. Editura Apimondia, București, 1975, pag. 41-42
- BRAILEANU L. ș.a. – Recherches sur certaines préparations pharmaceutiques à partir de propolis, din La Propolis. Editura Apimondia, București, 1975, pag. 155-163
- BUND S., B. PADRUMEK – Efectul antiinflamator al pomezelor cu propolis. Al III-lea Simpozion internațional de apiterapie, Portoroz, Iugoslavia, Editura Apimondia, București, 1978
- BUZOIANU Gh. – Rinologie, Biblioteca științifică ORL nr.3, Cluj, 1938
- CANUYT G. – Les maladies du pharynx, Masson et C-ie, Paris, 1936
- CHAUVIN R. – Unde a ajuns știința apiterapiei, Primul Simpozion internațional de apiterapie, Madrid, 1974, pag. 53-54
- CISMAREK J. – Utilizarea propolisului în medicină. *Apiacta* nr.11/1979, Editura Apimondia, București, pag. 16-17
- CIUCHI V., E. PALOȘ, ș.a. – Rezultatele terapeutice obținute prin folosirea propolisului în tratamentul unor afecțiuni ORL, din Cercetări noi în apiterapie, Al II-lea Simpozion internațional de apiterapie, Editura Apimondia, București, 1976, pag. 245-217
- CRÎȘAN C. – Histologie, Editura medicală, București, 1957
- DANILOV L. – Le traitement des certaines maladies de la peau à l'aide de la propolis, din La Propolis. Editura Apimondia, București, 1975, pag. 134-144
- DOROTCHENKO P.N. – La propolis et les pharyngites chroniques, din La Propolis. Editura Apimondia, București, 1975, pag. 113-116
- FILIPIC B., ș.a. – Valoarea clinică a lăptișorului de matcă și a propolisului în infecțiile virotice, din Cercetări noi în apiterapie. Al II-lea Simpozion internațional de apiterapie, Editura Apimondia, București, 1976, pag. 109-111
- FRENKEL M. – Propolisul ca anestezic și produs de acompaniament în afecțiunile căilor respiratorii superioare. Al III-lea Simpozion internațional de apiterapie, Portoroz, Iugoslavia, Editura Apimondia, București, 1978
- GÂRBEA St. și colab. – Patologie ORL, Editura didactică și pedagogică, București, 1980
- GHEȚIE V. – Anticorii în acțiune, Editura enciclopedică, București, 1971
- GRECEANU A. ș.a. – Observații asupra efectului antibiotic al propolisului, polenului și mierii, din Cercetări noi în apiterapie. Al II-lea Simpozion internațional de apiterapie, Editura Apimondia, București, 1976, pag. 153-158
- KATKINAI G. – Traitement des inflammations aiguës de l'oreille moyenne avec de la propolis, din La Propolis. Editura Apimondia, București, 1975, pag. 111-112
- LAURENS G. – ORL du médecin praticien. Editura Masson, Paris, 1956
- LAVIE P. – L'antibiotique de la propolis, din La Propolis. Editura Apimondia, București, 1975, pag. 33-40
- MADURO R., J. BOUCHÉ – Les maladies du pharynx. Editura Masson, Paris, 1961
- MARIN M., Al. POPA ș.a. – Valoarea dietetică alimentară și terapeutică a produselor apicole. Editura agrosilvică, București, 1966
- MATEL I. ș.a. – Résultats d'emploi de la propolis dans ORL, din La Propolis. Editura Apimondia, București, 1975
- OHOTSKI B. – Les microéléments des produits de la ruche, din La Propolis. Editura Apimondia, București, 1975, pag. 31-32
- PESCAROV I.T. – Traitement de la hipoacusie avec de la propolis, din La Propolis. Editura Apimondia, București, 1975, pag. 109-111
- POPOVICI C. – Folosirea propolisului în ORL. *Revista română de ORL* nr.4/1976
- POPOVICI C. – Tratamentul apiterapic în afecțiunile atrofile ale căilor respiratorii superioare. *Revista română de ORL* nr.1/1991
- POPOVICI C., C. PĂUNESCU – Tratamentul apiterapic în faringo-laringopatiile acute și cronice. *Revista română de ORL* nr.1/1981
- POPOVICI C., M. SARAGA – Tratamentul cu propolis și alte produse apicole în unele afecțiuni ORL, din Cercetări noi în apiterapie. Al II-lea Simpozion internațional de apiterapie, Editura Apimondia, București, 1976, pag. 181-184
- POPOVICI C., Er. TOMESCU – Tratamentul cu produse apicole în unele afecțiuni nazale și faringiene. *Revista română de ORL* nr.1/1984, pag. 55-59
- POPRAVKO S.A. – Composition chimique de la propolis, son origine et le problème de la standardisation, din La Propolis. Editura Apimondia, București, 1975, pag. 17-20
- PORTMANN G. – Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx. Editura G.Doin, Paris, 1960

- SEROPIAN E. – Alergia respiratorie și digestivă. Editura medicală, București, 1972
- SIMICI P. – Dicționar medical. Editura medicală, București, 1969
- STROESCU V. – Farmacologie clinică. Editura didactică și pedagogică, București, 1977
- TZANCOFF T. – Etudes des qualités anesthésiques locales de la propolis et son effect général dans les opérations, din La Propolis. Editura Apimondia, București, 1975, pag. 57-61
- VECHET I. – Effet de la propolis sur quelques espèces de microorganismes et de moisissures, din La Propolis. Editura Apimondia, București, 1975, pag. 47-51
- x x x – Cercetări noi în apiterapie. Al II-lea Simpozion internațional de apiterapie, Editura Apimondia, București, 1978
- x x x – La propolis – un précieux produit de la ruche, Editura Apimondia, București, 1975
- x x x – Le IIIeme Symposion International d'apithérapie, Portoroz, Yugoslavie, Editura Apimondia, București, 1978
- x x x – Le XXeme Congrès International Jubilaire d'Apiculture de l'Apimondia, Editura Apimondia, București, 1965
- x x x – Otorinolaringologie, Editura de stat pentru literatură științifică, București, 1961
- x x x – Produsele stupului, hrană, sănătate, frumusețe, Primul Simpozion internațional de apiterapie, Madrid, 1974
- x x x – Symposium sur l'utilisation des produits de l'abeille dans la médecine humaine et vétérinaire, Le XXIII-e Congrès International d'Apimondia, Moscou, 1971

IMPORTANȚA PRODUSELOR STUPULUI ÎN TRATAMENTUL UNOR AFECȚIUNI ALE APARATULUI UROGENITAL*

Dr. Ștefan ROMAN

Din larga gamă a suferințelor care beneficiază de efectele terapeutice ale produselor stupului, ca elemente de bază sau ca adjuvante ale tratamentului alopatic, afecțiunile căilor urinare dețin unul din locurile primordiale.

Studiul referitor la **adenomul de prostată** a cuprins, într-o perioadă de câțiva ani (1976-1978), un număr de 157 de bolnavi, din care s-a analizat un lot de 112 bolnavi, beneficiind și de controalele propuse în cercetare.

Pentru stabilirea diagnosticului de adenom de prostată și stadiul lezional, am recurs, pe lângă aprecierea volumului prostatei (prin tușeu rectal), la măsurarea reziduuului vezical prin cateterism uretral sau prin urografie (sau ecografie).

Din lotul analizat 31 s-au prezentat în stadiul întâi, cu adenom incipient și o singură micțiune nocturnă, 64 în stadiul al doilea, adenomul fiind de mărime mijlocie, cu șanțul median pe cale de dispariție, cu 2-3 micțiuni nocturne și un reziduu vezical în jur de 80 ml.

Celelalte 17 cazuri au format lotul cu stadiul al treilea, prezentând un adenom voluminos, șanțul median dispărut, disurie pronunțată (4-8 micțiuni nocturne și un reziduu de peste 100 ml). Vârsta bolnavilor a variat între 54 și 84 de ani, cu o medie de 66 de ani și 3 luni.

Fiind considerat ca o afecțiune mai mult chirurgicală, adenomul de prostată (sau periuretral) a determinat ca o parte din bolnavi să manifeste teamă vădită pentru operație și o altă parte să prezinte, din cauza unor afecțiuni asociate, contraindicații chirurgicale relative sau absolute.

Deși nu se cunoaște exact cauza instalării adenomului, diverse teorii etiopatogenice au dus, în mod logic, la încercări pentru a preveni sau jugula evoluția lui prin mijloace medicamentoase cum sunt produsele hormonale (Testosteron, Estrogen), extrase ale glandei prostatice (Raveron, Prostaveron, Depostat etc.), săruri de magneziu, vitamina E, etc.

Produsele apicole reprezintă unul din ultimele mijloace utilizate în același scop, cu efecte bune locale și asupra întregii economii a organismului, ele dovedindu-se a fi adjuvante prețioase ale celorlalte tratamente medicamentoase, putând constitui în unele cazuri tratamentul unic sau tratamentul de bază.

Astfel, un lot de 51 din bolnavii studiați de noi a fost tratat numai cu produse apicole. Ceilalți 62, care au fost tratați prin mijloace alopate înainte de prezentarea la policlinica noastră, au primit și în continuare un tratament mixt apiterapic și alopatic, dar cu rezultate mai bune.

În schema obișnuită a tratamentului instituit de noi se administrează zilnic 15-20 g de polen, 20-30 g de miere, 1 g de propolis sub formă de tablete și soluție alcoolică 30-50% (10 picături), precum și un supozitor Mipropol sau Miprosept

*Capitolul a fost redactat de coordonatorul volumului după materialele oferite de autor.

după o baie caldă de șezut de 10-15 minute. Acest tratament se aplică timp de 1 lună, alternându-se cu pauze 1-1½ (în funcție de mărimea adenomului). El se administrează în mod ideal în raport cu starea generală și locală și cu coexistența altor afecțiuni mai importante.

Pentru aprecierea rezultatelor obținute s-a utilizat următorul pachet de criterii:

- a) reducerea frecvenței și a imperiozității micțiunilor;
- b) scăderea rezidului vezical;
- c) mărimea și consistența adenomului;
- d) remontarea stării generale și atenuarea tulburărilor neuropsihice provocate de disurie și mai ales de polakiuria nocturnă.

Considerările clinice și datele explorărilor radiologice și de laborator ne-au permis să conchidem că s-au obținut rezultate bune la 68 de bolnavi (61,6%), satisfăcătoare la 30 (26,7%) și neconcludente la 14 (10,7%).

În ceea ce privește modul de acțiune a produselor apicole asupra adenomului de prostată, noi credem că, în afara efectului antiflogistic, odată cu remontarea stării generale și instalarea unui grad de euforie datorită factorilor biostimulatori și energizanți se produce o relansare a secreției de androgeni, precum și o reactivare funcțională a țesutului mezenchimal, cum susține de altfel și O. MATUSZEWSKI, efectul fiind de descongestionare și chiar reducere de volum a tumorii prostatice, concomitent cu creșterea puterii de contracție a mușchiului detrusor.

Desigur, în obținerea acestor rezultate nu de mică importanță este aportul de vitamine, mai ales vitamina E și complexul B, precum și acela de microelemente care, după studiile lui B. OHOTSKI, se găsesc în cantitate apreciabilă în produsele apicole, acestea din urmă jucând rolul de biocatalizatori.

Aceleași bune rezultate s-au obținut la bolnavii care s-au prezentat cu diagnosticul de **prostatită cronică**, marea majoritate a lor fiind supuși în prealabil la diferite tratamente, de la masajul prostatic până la antibiotice cu spectru larg, fără să se fi obținut rezultate satisfăcătoare.

Inflamația cronică a prostatei se asociază de obicei cu verum montanită și cu un grad mai redus sau mai accentuat de astenie sexuală psihică sau organică. Ținând seama de asocierea acestor stări patologice, în tratamentul prostatitelor intră atât propolisul cât mai ales polenul simplu sau asociat cu Lecitină (Lecipolul) și lăptișorul de matcă.

După cum se știe, polenul, în a cărui structură sunt compuși ce cuprind toți amino-acizii esențiali, este elementul masculin de reproducere a plantelor, foarte bogat în fitohormoni. V. DAGHIE și N. NICOLAU, urmărind efectul polenului asupra axului hipofizo-cortico suprarenal pe șobolani albi, recunosc o creștere de 17-CS (care reprezintă metabolizii steroizilor din hormonii androgeni corticosuprarenali și gonadici) de la 57 ± 12 mg/24 h la 116 ± 19 mg/24 h după tratare cu polen. Aceasta lasă să se presupună fie o însumare a hormonilor androgeni din polen cu cei ai organismului animalului de experiență, fie că polenul realizează o stimulare a secreției de ACTH hipofizar, care, la rândul său declanșează o creștere a secreției hormonilor CSR.

În cazurile în care procesul de prostatită cronică a fost asociat și cu astenie sexuală, pentru relansarea procesului de spermatogeneză și reechilibrare a actului sexual, am adăugat apiterapiei și clasicul tratament cu vitaminele B₁, C, E și stricnină, iar în asteniile organice și câte o fiolă de Testosteron. În ultimii ani polenul a fost înlocuit cu tablete de Apilarnil, Apilarnil potent, 3-6 tablete pe zi timp de 60 de zile.

Bazați pe cercetările lui A. DEREVICI, SORU și DIMA, prin care s-a constatat acțiunea inhibantă a emulsiei hidro-alcoolice de propolis asupra vitalității celulelor tumorale Ehrlich, am administrat, în **adenocarcinomul de prostată** și în **tumorile vezicale**, acest produs sub formă de tablete, tinctură și supozitoare, ca adjuvant al orhiectomiei subalbuginale, al estrogenilor de sinteză și al citostaticelor.

Este greu de stabilit partea de contribuție a fiecăruia din agenții antitumorali utilizați, dar este foarte probabil că propolisul potențează efectele celorlalte substanțe, concomitent cu creșterea rezistenței organismului.

Fără a avea pretenția că propolisul, cu proprietățile sale bactericide și bacteriostatice recunoscute de majoritatea autorilor, ar putea soluționa problema atât de spinoasă a **infecțiilor urinare cronice**, am putut obține, în unele cazuri, rezultate ilustrative în care, după ce s-a administrat fără rezultat o gamă mare de antibiotice cu spectru larg, prin folosirea propolisului în doze mari, până la 1-1,5 g zilnic, s-au obținut efecte spectaculare.

Ținând seama că acțiunea antibioticelor asupra microbilor nu este aceeași *in vivo* ca *in vitro*, considerăm că efectul propolisului nu ar ține neapărat numai de o componentă propriu-zis antibiotică sau bacteriostatică ci și de modificările pe care le-ar provoca în sistemul de apărare al organismului, de creșterea gradului de imunitate al acestuia.

Trebuie avut în vedere că nu toate șușele de propolis au aceleași proprietăți și că nu toate organismele reacționează în același mod la aceleași medicamente.

În **litiaza urinară**, dar mai ales în cea cu infecție urinară, deci în **litiaza secundară**, de organ, pe lângă combaterea infecției propriu-zise, propolisul ar putea acționa și ca stabilizator al suspensiilor coloidale din urină, prevenind astfel precipitarea cristalelor și formarea sau nașterea calculilor. Ipoteza produsă trebuie însă confirmată sau infirmată în practica medicală și cercetarea bio-medicală.

Afecțiunea **induratio penis plastica**, relativ rară, a cărei substrat anatomic este apariția în grosimea corpilor cavernoși a unor plăci fibroase, fibrocalcaroase sau osoase (G. MARION) se manifestă prin dureri și curbarea penisului în timpul erecției, care face ca raportul sexual să fie dificil sau chiar imposibil.

Tratamentul apiterapic asociat celui obișnuit (în cazurile asociate și cu alte afecțiuni) a cuprins: miere propolizată 5%, polen, Proderm (soluție alcoolică de propolis 50%), supozitoare Mipropol, la care s-au adăugat fiole de Raveron. Efectele pozitive s-au constatat la cele mai multe cazuri după câteva luni de tratament (în cazurile în care plăcile au devenit fibro-cartilaginoase sau fibro-osoase tratamentul a fost ineficient). La unele cazuri s-a adăugat și unguent propolizat pentru aplicații locale (unguent propolizat după formula pe care H.A.

SAVINA și F.T. ROMANOV o utilizează în tratamentul ulcerărilor externe, abceselor și arsurilor).

În ceea ce privește modul de acțiune a propolisului (Șt. ROMAN și Ștefăniță ROMAN), credem că el intervine direct asupra țesutului scleros, pe care-l lizează, îl înmoaie. De altfel, Z.A. MAKASVILI citează pe Avicena, după care „ceara neagră (veche denumire a propolisului) avea însușirea de a face să se elimine vârfurile săgeților și țepii, ea rarefiază, curăță și vindecă puternic țesuturile”.

De reținut că administrarea la bolnavii vârstnici, tratați, a unei cantități zilnice de propolis de peste 1 g trebuie supravegheată prin controlul repetat al urinei și ureei sangvine, pentru a putea depista la timp eventualele semne de iritație tubulo-glomerulară.

Deși, în experiența noastră, nu am observat la nici unul din pacienții urmăriți fenomene de alergii generalizată după utilizarea produselor stupului, 7% din bolnavii cărora le-au fost recomandate supozitoare Mipropol au acuzat usturimi perianale sau în canalul anal, suprimându-se administrarea sau spațierea acestora la intervale mai mari.

Aportul produselor apicole în tratamentul asteniilor sexuale a constituit o preocupare susținută în cadrul cercetărilor noastre privind rolul și locul apiterapiei în arsenalul terapeutic general al medicinei actuale.

Numeroase stresuri de toate genurile cu care este confruntată societatea actuală au un răsunet însemnat și în manifestările psiho-sexuale, ceea ce a dus la înmulțirea cazurilor de **impotență sexuală**. Problemele de sexologie apar mai pregnant la sexul feminin (de aceea și mai amplu studiate), unde acestea sunt mai complexe și cu consecințe mai puternice asupra aspectului social și asupra evoluției demografice. Dar, deși implicațiile fizio-patologice par a fi mai reduse la bărbați, ele reprezintă totuși probleme dificile atât în ceea ce privește stabilirea și încadrarea în categoria de tulburări sexuale cât și, mai ales, în penuria posibilităților de combatere a lor, de relansare a libidoului și a potenței.

Observațiile noastre se referă la **insuficiența sexuală** din grupul hipoorhitiilor postpubertale (nu sau în urma excluderii gonadelor de cauză traumatică sau chirurgicală), a impotenței câștigate (a hipogonadismului), care poate implica și infecunditatea sau infertilitatea (tangențial se include și starea de andropauză).

Insuficiența gonadală poate fi globală sau parțială, știut fiind că în cea globală sunt afectate ambele țesuturi diferențiate ale testicolului, cel seminal și diastematic, sau parțială, când este interesat numai unul din acestea, dar în mod obișnuit insuficiența exclusivă a glandei interstițiale (celulele Leydig), ducând implicit la afectarea țesutului seminal.

Dificultățile de tratament reies din faptul că în instalarea sindromului intervin, pe lângă deficiențele glandulare, tulburări ale sistemului nervos central și ale sistemului vascular, iar pentru reluarea activității sexuale nu este suficient, și mai ales eficient, tratamentul substitutiv, ci numai tratamentul stimulat, care trebuie să acționeze multifocal.

Tratamentul clasic al hipoorhitiilor câștigate constă în stimularea funcțiilor gonadice prin administrarea de testosteron (ca stimulent, nu ca substitutiv) și

vitamina E, stimularea CSR prin vitaminele C și B₁, combaterea psihasteniei și a distoniei neuro-vegetative (Distonocalm, Folcisteină U, Lecitină), pe lângă psihoterapie (mai ales la tineri).

Experimentul s-a asociat cu apiterapia în rezolvarea acestor cazuri (lot de 23 bolnavi între 16 și 18 ani), rezultatele fiind evident pozitive (ameliorarea asteniei sexuale, remontarea stării generale, reechilibrarea nervos centrală și vegetativă). Rezultatele bune la 5 bolnavi (andropauză) și 11 satisfăcătoare relevă efectul adjuvant al terapiei asociate. Produsele utilizate în schemele terapeutice au fost:

Polenul – prin administrare zilnică de 15-30 g, cu obținerea efectelor nespecifice generale asupra celulelor organismului: energizante, euforizante, biotrofe, dar în paralel și o acțiune specifică asupra testicolului (acționarea asupra celulelor Leydig, cu efect asupra spermatogenezei) și asupra corticosuprarenalei (secreția zonei fasciculante interesată în spermatogeneză).

Lăptișorul de matcă – cu acțiune asupra metabolismului general – normalizează funcțiunile glandelor cu secreție internă (stimulare CSR).

Se consideră că prin conținutul, deși mai redus de cholină, sau acetilcholină ca mediator vasodilatator influențează erecția.

Majoritatea hipoorhitiilor câștigate se însoțesc de psihastenie, care întrețin sau accentuează insuficiența gonadală. Mierea, polenul, lăptișorul de matcă sunt adjuvante prețioase în tratamentul acestor afecțiuni. Așa cum am mai amintit anterior, în ultimii ani am utilizat Apilarnil și Apilarnil potent.

Diagnosticul de prostatită cronică în cazurile prezentate, care aveau astenie sexuală, era argumentat și de acuza unei secreții matinale sau în timpul defecației. De fapt, suferința lor era dată de staza și congestia prostatei sau mai bine zis prostato-veziculară, iar secreția nu era decât expresia prostatoreei. S-a asociat acestor cazuri și propolisul (tablete, tinctură sau supozitoare).

Cu rezultate cert pozitive, hipoorhita câștigată ca boală complexă, greu de tratat, poate beneficia numai de tratamente asociate: cel hormonal (stimulativ și nu substitutiv) și cel apiterapic, adecvat fiecărui caz, cu certă eficiență terapeutică.

Tratamentul colpitelor difuze și al colpitelor ulcero-erozive hemoragice cu produse apiterapice a constituit o altă linie de preocupări în cercetarea efectului adjuvant al produselor stupului.

În patologia aparatului uro-genital feminin **leziunile ulcero-erozive ale colului uterin, colpitele bacteriene sau distrofiile vaginale** ocupă un loc deosebit. Ele sunt generatoare de dureri, disconfort în desfășurarea actului sexual, reducerea capacității de procreație și apariția metaplasiei maligne.

Apariția tulburărilor distrofice, a eroziunilor și a ulcerărilor are la bază, ca element major, infecția cu protozoarul *Trichomonas vaginalis*, cu micete (*Candida* în special), cu bacterii patogene (stafilococ, colibacil ș.a.), precum și utilizarea mai îndelungată a substanțelor contraceptive și a dezechilibrului hormonal.

Apresiasi formei și gradului de leziune se face prin examenul cu valvula și examenul colposcopic, sprijinite de cel cito-bacteriologic. După caz, se poate recurge la testul Dahm-Schiller (aplicare de soluție Lugol) pe zona afectată de

procesul patologic, țesutul Hinselmann cu soluție de acid acetic 3% sau cu soluție de albastru de toluidină ori de hematoxină. În cazul leziunilor avansate, dubioase, se impune examenul biptic.

Tratamentul clasic constă din aplicarea pe cale orală și locală a medicamentelor specifice pentru combaterea agentului cauzal, aplicarea de topice pe mucoasa lezată, distrucția țesutului patologic prin electro-coagulare, crio-coagulare și, în cazuri avansate rebele la tratamentele medicamentoase obișnuite, efectuarea unor intervenții chirurgicale ca amputarea colului uterin sau conizația.

Dificultățile de tratament, obișnuit de lungă durată, reticența multor bolnave față de electro-cauterizare, crio sau chimio-cauterizare, ca și de oricare din procedeele chirurgicale, precum și unele recidive ale infecțiilor, i-au determinat pe unii ginecologi inițiați în apiterapie să recurgă la propolis, pe care l-au utilizat prin aplicații locale, sub formă de tinctură sau unguent propolizat.

Deși propolisul era cunoscut de mult timp ca remediu împotriva plăgilor infectate și ca stimulator al procesului de cicatrizare, utilizarea lui în ginecologie este enunțată de bulgarul Gh. KURIJAN, care afirmă că în timpul celui de al doilea război mondial, la Leningrad, s-au tratat cu succes infecțiile vaginale cu *Trichomonas* prin aplicare locală de propolis, iar românii A. POPESCU, I. BRĂILEANU și A. GHEORGHIU au semnalat proprietatea fungicidă a propolisului.

Utilizarea lui pe baze mai științifice are loc de-abia după 1960, ca urmare a analizei structurii intime a acestui produs al stupului de către diverși chimiști, medici, farmaciști etc. S-au atribuit flavonelor, flavonoizilor, acizilor aminați, galanginei, precum și altor macro sau microelemente care intră în compoziția propolisului efectele antiseptice, antibiotice, keratolitice și chiar anesteziante pe care apiterapeuții le-au verificat în practica lor.

Dintre lucrările mai importante apărute după perioada 1970 cu referire la combaterea leziunilor ulcero-erozive ale colului uterin reamintim pe cele ale medicilor polonezi J. ZAWADSKI, H. SUCHY, S. SCHELLER, românii A. DEREVICI, I. IOVAN, E. ILIESCU, N. APETROAIEI, precum și ale medicilor iugoslavi N. MAURIC, I. OSMANEGIC, E. MUJTELEVIC, D. POPESCOVIC și colaboratorii (a se vedea lucrările Simpozionului internațional de apiterapie, București, 1976 și de la Portoroz, Iugoslavia, 1978).

În cercetările noastre (cu scopul de verificare a rezultatelor din literatură, precum și de obținere a unei scheme ameliorate de tratament) am utilizat, pentru tratamentul local, pe lângă Tinctura de propolis 30-50%, sprayul de propolis, unguentul propolizat și ovulele Mipropol, pentru a realiza un contact și deci o acțiune quasipermanentă a acestor preparate asupra zonelor patologice și, unde a fost cazul, s-a asociat și administrarea per-orală a tabletelor de Proposept și a Tincturii de propolis.

Natural, în colpitele specifice cu *Trichomonas* sau *Candida* a fost absolut necesară asocierea produselor medicamentoase specifice antiparazitare și antimicotice pentru suprimarea mai rapidă a agentului cauzal, cu propolisul sub diferitele lui forme potențând acțiunea specifică a medicației alopate și remanierea mucoasei colului uterin și a vaginului.

S-a lucrat (perioada 1985-1988) pe 137 de bolnave care prezentau colpitate ulcero-erozive de întinderi variabile, interesând în special exo-colul, cu sau fără infecții cu flagelate de tipul *Trichomonas* sau micoze de tipul *Candida albicans*, precum și leziuni congestive și distrofice ale mucoasei vaginale și vulvare, multe din ele cu suferințe utero-anexiale.

Din lotul cercetat, la 9 cazuri au apărut, din primele zile de tratament, fenomene de intoleranță (mâncărimi și erupții eritematoase în zona vulvo-vaginală și chiar generalizate pe restul tegumentelor), ceea ce a impus suprimarea tratamentului apiterapic.

În urma examenului clinic de rutină a determinărilor microscopice, citobacteriologice și, unde a fost cazul, a explorării colposcopice, lotul de 121 de cazuri rămase a fost încadrat în 5 grupe, după agentul etiologic, aspectul leziunilor constatate și tratamentul aplicat.

Grupa I – cuprinde 38 de cazuri de cervicite ulcero-erozive (23 de eroziuni + 15 ulceratii cu o colpita moderata) la care examenul bacteriologic a evidențiat floră microbiană banală cu predominanța stafilococului auriu, a bacilului Doderlein și al colibacilului. Dintre cazurile cercetate, 23 au urmat anterior diferite tratamente locale, iar 8 au fost supuse și la una sau mai multe electrocauterizări.

Tratamentul pe care l-am aplicat a constatat în spălături vaginale zilnice cu ceai de mușețel sau de gălbenele, badijonarea suprafețelor erodate sau ulcerate cu Tinctură de propolis 30-50% sau cu Propolis spray, masajul digital al mucoasei vaginale cu unguent propolizat și în introducerea unui ovul Mipropol lubrefiat în prealabil cu unguent propolizat. Natural, tratamentul a fost suprimat în perioada menstruației.

Descongestionarea mucoasei vaginale și cicatrizarea exulcerațiilor sau a ulceratiilor de pe exo sau endocolul uterin au survenit între a 13-a și a 21-a zi, dar introducerea de ovule Mipropol, precum și masajul mucoasei vaginale cu unguent propolizat au fost continuate încă 15 zile.

La această grupă am obținut 20 de rezultate foarte bune (42,7%), 6 rezultate bune (15,7%), 10 satisfăcătoare (26,3%) și 2 insuccese (5,3%).

Grupa a II-a – a cuprins 49 de cazuri de leziuni ulcero-erozive și colpitate de origine trichomoniatică, dintre care 22 bolnave au făcut anterior tratamente specifice rămase ineficiente, fie datorită unor doze insuficiente de produse chimioterapice, fie prin neinteresarea în tratament a partenerului. Șase din aceste bolnave au fost și electrocauterizate, una din ele făcând ulterior hemoragii repetate pe suprafața cauterizată. A fost utilizat tratamentul cu antitragelate. Având în vedere că în genere prin tratamente repetate se crează, de cele mai multe ori, o rezistență a agentului patogen, noi am recurs adeseori la o doză mai mare de Metronidazol, Flagyl sau Fasigin și la aplicarea, pe cale vaginală, a câte două ovule de antimicotice seara, timp de 10 zile.

Tratamentul apiterapic concomitent a fost similar cu cel aplicat la grupa I, ovulele Mipropol fiind introduse alternativ cu cele de antitragelate, la un interval de 12 ore.

După o perioadă de 21-35 de zile, cât a ținut tratamentul, s-au obținut rezultate foarte bune la 21 (42,7%) din bolnave, bune la 11 (22,7%), satisfăcătoare la 9 (12,7%) și insuccese la 8 (16,8%).

Grupa a III-a – 14 cazuri de ulceratii și tulburări distrofice ale mucoasei vaginale prin infecție cu *Candida albicans* dintre care 3 după administrarea

intempestivă, prelungită, de antibiotice cu spectru larg, una din paciente fiind și electrocauterizată.

Acestor bolnave li s-a instituit tratamentul chimioterapic antiparazitar intens, timp de 10 zile, concomitent cu cel antifungic și cu cel apiterapic, care a inclus și tabletele Proposept (9 tablete pe zi, după mesele principale, precum și Tinctura de propolis, câte 20-30 de picături după tabletele Proposept) și care a fost aplicat până la completa vindecare, adică până la dispariția din secreția vaginală a ciupercii și a *Trichomonas*-ului.

Cum era și normal, tratamentul complex aplicat la această grupă a ținut între 30-35 de zile, obținându-se 6 rezultate foarte bune (37,5%), 4 rezultate bune (25%), 4 satisfăcătoare (25%) și 2 eșecuri (12,5%).

Grupa a IV-a – 14 cazuri de ulceratii și tulburări distrofice ale mucoasei vaginale prin infecție cu *Candida albicans*, dintre care 3 după administrarea intempestivă și prelungită de antibiotice. Instituitându-se de la început tratamentul mixt cu antifungice și apiterapice, local și per oral, după schema aplicată grupei a III-a, s-au obținut, în interval de 28-35 de zile, 4 rezultate foarte bune (28,1%), 3 rezultate bune (21,4%), 4 satisfăcătoare (28,6%) și 3 insuccese (21,4%).

Grupa a V-a – a inclus 4 bolnave în menopauză, între 55-58 de ani, cu distrofii hiperkeratozice ale mucoasei vaginale și vulvare cu aspect de *neurosis* incipient și tulburări disurice.

Prin aplicarea locală a produselor apicole, câte 15-25 de zile pe lună și administrarea per-orală de 3-4 tablete pe zi de Proposept, s-a realizat, după circa 3 luni de tratament, revenirea la o suplețe apreciabilă a mucoasei vaginale, precum și la dispariția tulburărilor disurice. După 3 luni de tratament am obținut 2 rezultate foarte bune, un rezultat satisfăcător și un insucces net.

În interpretarea rezultatelor obținute, înțelegem că ele au fost foarte bune și bune în cazurile în care au fost jugulate infecția microbiană, parazitară sau micotică, s-a realizat cicatrizarea leziunilor ulcero-erozive prin metaplasie pavimentoasă, fiziologică, și s-a restabilit troficitatea mucoasei vaginale, cu reluarea normală a raporturilor sexuale.

Rezultatele noastre oferă următoarele concluzii:

1. Din experiența acumulată de noi la cele 121 de bolnave tratate prin tratament mixt, chimio și apiterapic, reiese că produsele stupului potențează acțiunea antiseptică, antifungică și antitrichomoniazică a medicamentelor chimice specifice și au un rol primordial în desconggestionarea, cicatrizarea și regenerarea mucoasei vaginale și a colului uterin;

2. Aplicând scheme variate de tratament bolnavelor care au fost înregistrate în cele 5 grupe, am obținut rezultate foarte bune în 53 de cazuri (45,5%), bune în 24 de cazuri (19,8%), satisfăcătoare în 28 de cazuri (23,5%) și am avut 16 insuccese (13,2%);

3. Din lotul inițial de 137 de bolnave care au fost luate în evidență, la 9 bolnave au apărut semne de alergii locale sau generale, ceea ce reprezintă un procent de 7,45%. Din experiența noastră, aceste tulburări alergice apar mai frecvent în cazul aplicării locale a produselor apicole, decât la administrarea lor orală.

În ceea ce privește **rolul apiterapiei în tratamentul pre și post operator**, preocupările noastre au inclus și stabilirea, pe baze certe de observație clinico-biologică, a caracterului său real obiectiv.

Chirurgia actuală, datorită posibilităților largi de investigație și mai ales avântului luat de anestezie și reanimare, și-a lărgit mult câmpul de activitate și abordează afecțiuni care altădată erau considerate aproape intangibile.

Chirurgul a încetat de mult să mai fie un tehnician abil cu dexteritate deosebită. El este (și trebuie să fie) și un clinician cu solide cunoștințe de fiziopatologie, inițiat în probleme de biochimie, de fizică și chiar de genetică. Din păcate, însă, el acordă o mai mică atenție regimului dietetic pre și post-operator (pe care-l lasă mai mult în sarcina anestezistului reanimator), acesta bazându-se, la rândul lui, pe aportul hidro-electrolitic pe cale parenterală. Din această cauză, evoluția post-operatorie a unor bolnavi cu afecțiuni mai grave, trecuți în mod automat la un regim standard, este mai dificilă, restabilirea ponderală și a forței fizice este trenantă și convalescența prelungită.

Se știe că pentru bolnavul operat o alimentație bună, rațională și consistentă, adică aceea care să cuprindă mai ales glucide și protide sub o formă ușor asimilabilă, reprezintă de fapt cel mai bun medicament.

În faza de catabolism post-operator, bolnavul, deja denutrit prin afecțiunea lui cronică, continuă să-și consume o parte din proteinele proprii și din rezervele de glicogen, tocmai atunci când organismul are nevoie de un aport mai mare pentru procesul de cicatrizare și pentru menținerea funcțiilor ficatului.

Pe de altă parte, majoritatea bolnavilor cu afecțiuni mai importante ale tubului digestiv, tratați, sunt anorexici și refuză alimentele. Anorexia e determinată de lipsa de secreție a glandelor tractului digestiv și a organelor glandulare anexe (glandele salivare, ficatul și pancreasul).

Astăzi e bine cunoscut că mucoasa tubului digestiv se descuamează într-un ritm rapid, exfolierea interesând și celulele glandelor care secretă diferite proenzime și fermenți, că descuamarea e mai pronunțată la anorexici și că, pentru refacerea acestor glande organismul are nevoie de o rație de proteine care să includă toți acizii aminați și mai ales pe cei esențiali.

De asemenea, este indispensabil ca organismului bolnav să-i fie pusă la dispoziție cantitatea de hidrocarbonate necesară pentru acoperirea nevoilor zilnice (minimum 1200-1500 de calorii), fapt ce se realizează în mod obișnuit prin perfuzii intravenoase de săruri glucozate.

Dar aportul parenteral nu trebuie prelungit prea mult, el nu este întotdeauna utilizat optimal, uneori provoacă reacții adverse, alteori bolnavii îl suportă greu și, în plus, el acționează doar în mod indirect asupra secreției digestive și a peristaltismului intestinal. De aceea, este foarte indicat să se înceapă alimentația per orală cât mai devreme, știut fiind că mucoasa tubului digestiv este cel mai selectiv filtru pentru acoperirea nevoilor alimentare ale organismului.

Produsele apicole (mierea, polenul, păstura, lăptișorul de matcă), adăugate regimului alimentar adecvat, reprezintă alimentația ideală pentru faza pre și post-operatorie, ținând seama că ele conțin, într-un volum mic, supradozate, toate elementele de care organismul are nevoie: glucidele care trec prin filtrul digestiv direct în circuitul sangvin, fără nici o cheltuială de energie, punându-se la dispoziția metabolismului celular sau refăcând rezerva de glicogen a ficatului,

acizii aminați esențiali, sărurile minerale, precum și toată gama de vitamine, dintre care cele mai importante sunt complexul B și acidul folic.

În plus, aceste produse, și mai ales polenul, conținând fermenți ca amilaza, catalaza, diastaza, invertaza, fosfataza, lipaza și altele, deficitare în tubul digestiv în faza post-operatorie, relansează secreția acestora de către glandele digestive și, cu aceasta revenirea apetitului și favorizarea reluării peristaltismului. Natural, paralel cu administrarea lor se va introduce cu mai multă ușurință și rezultate mai bune alimentația dietetică obișnuită.

După C. HRISTEA și M. IALOMIȚEANU, în ceea ce privește concentrația de acizi aminați esențiali, polenul conține, la o greutate egală, de 5 ori mai multă izoleucină, leucină, metionină, treonină și lizină; de peste 6 ori mai multă fenilalanină și tiptofan decât carnea de vită și de 3 ori mai mult decât brânza, în condițiile neexistenței altei surse de alimentație cu acizi aminați, putând singur să asigure nevoile zilnice minime, printr-o doză medie de aproximativ 15 grame. De altfel, numeroși autori consacrați în această problemă au arătat efectele remarcabile ale polenului în tulburările provocate de carența azotată (A. CAILLAS, R. CHAUVIN, S. MLADENOV, E. ASK, J. GÖSTA ș.a.).

Bazați pe calitățile nutritive ale produselor melifere, îndeobște cunoscute, ca și pe efectele lor biostimulatoare, le-am administrat, în mod eclectic și în doze obișnuite, la 17 bolnavi cu afecțiuni mai grave ale tubului digestiv și ale căilor biliare, care au fost supuși intervenției chirurgicale.

La 7 din ei, cu ulcer duodenal, s-a făcut gastrectomie parțială, la 2 cu tumori maligne ale colului s-a efectuat o hemicolectomie dreaptă și o colectomie stângă, iar la 9 cu colecistită calculoasă – colecistectomie anterogradă subseroasă.

Numai la 7 bolnavi din lot s-a administrat polen și miere cu lăptișor de matcă în perioada pre-operatorie. Tratamentul post-operator s-a aplicat după primele 48 de ore de la intervenție, paralel cu medicația și regimul uzual. Acest tratament a constat din 2 lingurițe de polen multifloral amestecat cu 2 linguri de miere cu lăptișor de matcă 1%, în două prize, dimineața și seara. La cei care tolerau bine această cantitate s-a adăugat, după 4-5 zile, și 3 lingurițe de Energin-L, pe o perioadă de 25-30 de zile (presupunem că păstura ar oferi rezultate mai bune).

Din această experiență putem reține următoarele constatări:

- pentru faza pre-operatorie: după un tratament minim de 4-7 zile, se observă o creștere a apetitului, bolnavii încep să-și amelioreze curba ponderală, iar cei cu distonii neuro-vegetative, agitați, cu insomnie, se echilibrează neuro-psihic, prezentând, în general, o mai mare rezistență la actul operator;

- în faza post-operatorie: apetitul se reinstalează mai prompt și o dată cu el și tranzitul intestinal (datorită probabil atât relansării secreției glandelor digestive cât și efectului laxativ al mierii).

Recuperarea ponderală, restabilirea forței fizice și reintegrarea în muncă sunt evident mai bune față de bolnavii cărora nu le-am administrat produsele apicole.

Desigur că rezultatele obținute nu au darul decât de a pune în discuție un argument și a oferi un argument terapeutic optimizat într-o schemă de refacere a homeostaziei organismului, homeostazie deturnată de starea precară a acestuia în condițiile desființării sale prin starea de boală și prin lipsa activităților fiziologice

a unor subsisteme integratoare ale ființei umane, în permanentul raport organism-mediul extern.

Se pot, totuși, reține următoarele concluzii preliminare asupra acestui aspect corelativ terapeutic: asocierea apiterapiei cu alte terapii clasice, uzuale.

- în arsenalul terapeutic al reanimării pre- și post-operatorii un loc bine stabilit trebuie să-l ocupe unele produse apicole care se administrează bolnavilor pe cale bucală, sub formă de alimente sau de preparate medicamentoase;

- importanța utilizării acestora rezidă în faptul că ele reprezintă un aport energetic apreciabil, ușor integrabil în economia organismului, o cantitate apreciabilă de proteine și, în special, acizi aminați esențiali, toată gama de vitamine, numeroase enzime și catalizatori ai proceselor biochimice;

- investigațiile noastre le-am utilizat mai ales în afecțiunile chirurgicale mai grave ale tubului digestiv și glandelor anexe, unde am constatat creșterea rezistenței bolnavilor față de actul operator, revenirea precoce a apetitului și a tranzitului intestinal în faza post-operatorie, o mai rapidă recuperare ponderală și a forței fizice, precum și scurtarea perioadei de convalescență.

BIBLIOGRAFIE

ROMAN, S. – Le II^{eme} Symposion International d'Apitherapie, Bucarest, 1976

ROMAN, S. – *Apiacta*, 4, 1976, Editura Apimondia, București, 155

ROMAN, S., Ștefăniță ROMAN – The IIIrd International Apitherapy Symposium, Portoroz, Yugoslavia, 1978

PROPOLISUL ȘI POLENUL CA TRATAMENT ASOCIAT ÎN ATEROSCLEROZĂ

Dr. Lucia SERAFIM

Pentru lumea contemporană, în care medicina, deci și cardiologia, este chemată să combată în mod eficient boli ce rezultă din carențe provocate de o alimentație dezechilibrată, de o viață sedentară și bântuită de stress-uri, este firesc ca medicii să-și îndrepte atenția și asupra factorilor naturali ce pot ajuta în această luptă inegală.

Într-o broșură intitulată „În jur otravă și nici o șansă”, doctorul Siegmund SCHMIDT se ocupă pe larg de problema dezintoxicării organismului cu ajutorul polenului. Același autor îl citează pe suedezul Carlson GÖSTA, care în a sa „Istorie a vikingilor” notează că aceștia, plecând în lungile lor expediții, printre proviziile pe care le luau la bordul corăbiilor, puneau obligatoriu faguri cu miere și cu polen, depozitate în ulcioare mari, această hrană protejându-i contra bolilor de malnutriție care făceau ravagii printre oamenii mărilor. Polenul conținând, printre altele, și vitamina C, îi pune la adăpost de scorbut, boală atât de temută și răspândită printre marinari. Mai mult, polenul posedând și alte elemente cu efecte energizante și regeneratoare, permitea vikingilor performanțe fizice care i-au făcut celebri. Un alt medic, ZININ, citat de același autor SCHMIDT, analizând regimul alimentar al unor populații de bărbați longevivi, a ajuns la concluzia că polenul, care făcea parte din alimentația lor, posedă elemente valoroase care permit atenuarea sau amânarea remarcabilă a simptomelor de îmbătrânire.

În general, în literatura medicală, există o lacună în ceea ce privește informarea medicilor asupra observațiilor și cercetărilor în apiterapie și a valorii apiterapiei în practica medicală. În revistele medicale nu sunt menționate tratamentele apiterapice, iar publicațiile cu profil de cercetare în apicultură chiar dacă conțin informații valoroase de apiterapie rămân puțin cunoscute, neavând circulație în lumea medicală. Această lacună se cere înlăturată și acest material se dorește a servi acestui scop.

În țara noastră, în afară de sporadicele – dar constantele – observații apărute în publicațiile de profil făcute de diverși apicultori, că atât polenul cât și propolisul ar avea efecte benefice asupra aterosclerozei, nu există un studiu sistematic efectuat de un specialist cardiolog.

Am considerat util și chiar necesar acest studiu, continuând o linie de cercetare asupra tratamentelor noi în ateroscleroză, spirit imprimat de școala noastră românească de cardiologie, ASCAR, școală fondată și condusă de academicianul C.C. ILIESCU.

În cadrul Secției de apiterapie a Institutului de cercetare și dezvoltare pentru apicultură, Cabinetul de cardiologie, am început, din anul 1981, cercetări clinice asupra efectelor unor produse standardizate pe bază de propolis și polen în bolile cardio-vasculare datorate aterosclerozei. Aceste produse au fost

elaborate de către cercetători din cadrul I.C.D.A. și ne-au fost puse la dispoziție de către acest institut.

Valoarea propolisului ca tratament asociat în boala cardiacă ischemică

Vom începe cu propolisul, produs al stupului, care a constituit primul nostru studiu în apiterapie.

Propolisul este unul din produsele stupului considerat cel mai eficient sub raportul principiilor biologice active pe care le conține. Până în prezent se cunosc 19 substanțe, cu structură chimică diferită, cele denumite flavonoide, betulen și betulenol, isovanilină, rășini, acizi aromatici nesaturați, cafeic și ferulic stau la baza efectelor scontate în apiterapie. Flavonoidele – ca elemente componente preponderente ale propolisului – au, după unii autori, nu mai puțin de 41 de acțiuni terapeutice.

Lucrările prezentate la unele simpozioane internaționale de apiterapie au atras atenția asupra unor acțiuni benefice ale propolisului în agregarea plachetară, în rezistența și permeabilitatea capilară, chiar și efecte vasodilatatoare și hipotensive (efecte datorate conținutului său ridicat în flavonoide), aserțiuni cărora noi nu le-am găsit acoperirea prin cercetări de specialitate publicate. Pornind de la aceste semnale, ne-am propus, pe baza observațiilor clinice, să stabilim valoarea terapeutică a propolisului în unele forme de boală cardiacă ischemică, temă ce nu a fost încă abordată, după informațiile noastre, nici în țară și nici peste hotare.

Ca nomenclatură și criterii pentru diagnosticul bolii cardiace ischemice am adoptat terminologia propusă în raportul Societății și Federației Internaționale de Cardiologie, publicat în revista *Circulation* – 1979. Acest raport definește boala cardiacă ischemică (BCI) ca tulburare miocardică cauzată de schimbări în circulația coronariană. Termenul de boală cardiacă ischemică este sinonim cu „Coronary heart disease” sau „Ischaemic heart disease” sau „Cardiopatia ischemică”. BCI cuprinde condiții acute, temporare și cronice.

Produsele standardizate de propolis folosite de noi în acest studiu au fost următoarele:

- Tinctura de propolis mitte (soluție alcoolică 30%);
- Proposept tablete, care conține propolis 0,10 g, zaharoză 0,50 g și excipienți (talc și stearină);
- Miere propolizată 2%.

În urma examenelor clinice și paraclinice, dintr-un număr de 411 bolnavi au fost selecționați pentru studiul nostru 364 de bolnavi coronarieni, care au fost împărțiți în 3 loturi (tab. 1) și anume:

- lotul I, la care s-a asociat, la tratamentul medicamentos obișnuit, propolis sub forma standardizată de Tinctură de propolis mitte – 138 de bolnavi;
- lotul II format din bolnavi cărora li s-a administrat propolis sub formă de tablete – Proposept – 156 de bolnavi;
- lotul III i-a cuprins pe acei bolnavi la care propolisul a fost recomandat sub formă de Miere propolizată (2%) – 70 de bolnavi.

Tabel 1

Lotul	B	F	Vârsta bolnavilor (ani)						Total bolnavi
			sub 40	40-49	50-59	60-69	70-79	peste 80	
I	59	79	1	4	35	48	43	7	138
II	70	86	-	7	31	49	69	-	156
III	50	20	5	15	15	12	21	2	70
TOTAL BOLNAVI									364

Cei 47 de bolnavi excluși din acest studiu au prezentat fie forme evolutive de BCI, fie stadii de evoluție foarte avansată a bolii coronariene. Numărul mai mic de bolnavi din lotul III se explică prin faptul că Mierea propolizată a determinat excluderea bolnavilor cu diabet zaharat, obezitate, dislipidemii, condiții frecvent asociate în BCI.

Lotul martor în studiul nostru a fost constituit din aceeași bolnavi, fiecare bolnav fiind comparat cu el însuși:

a) o primă etapă de lucru a fost constituită din urmărirea clinică și electrocardiografică a bolnavilor tratați pe o perioadă de timp variind între 6-12 luni, numai cu medicamente alopatiche (tab. 2);

b) a doua etapă a fost reprezentată de urmărirea acelorași bolnavi, sub același tratament medicamentos, la care s-au asociat produsele cu propolis.

Tabelul 2

Medicația	Lotul I	Lotul II	Lotul III
Dipiridamol	44	58	23
Carbocromen	13	22	20
Agozol	23	42	10
Isoket, Pentalog	56	63	24
Propranolol	38	33	17
Altele	18	6	-

Un număr de 28 de bolnavi au făcut parte din toate cele 3 loturi, primind succesiv, pe perioade de câte 6 luni în prima parte, Tinctură propolis mitte, în a doua parte Proposept și în ultimul interval de 6 luni Miere propolizată 2%.

Cei 364 de bolnavi luați în studiu au fost 179 de bărbați și 185 de femei, vârsta lor variind între 40-80 de ani, 6 cazuri sub 40 de ani și 9 bolnavi peste 80 de ani.

Fiecare lot de studiu a fost subîmpărțit pe grupe, în funcție de medicația coronarotrofică sau coronarodilatatoare, la care s-a asociat produsul apiterapic cu propolis (tab. 2).

Este necesar să facem mențiunea că o bună parte din bolnavii coronarieni urmează un tratament medicamentos complet astfel încât, medicamentelor mai sus menționate, le-au mai fost asociate: digitale, diuretice, antihipertensive, sulfamide antidiabetice, precum și alte produse apiterapice, cum ar fi Lecipolul. În cadrul tratamentului medicamentos complex, același bolnav poate primi

medicamente din grupele antiagregante plachetare și/sau coronarotrofile și/sau vasodilatatoare.

Formele de boală cardiacă ischemică, la care am asociat produsele standardizate de propolis, au fost: angina de efort stabilă, infarct miocardic vechi, insuficiență cardiacă în boala cardiacă ischemică, aritmii extrasistolice, tahicardii paroxistice supraventriculare (tratament între crize), fibrilația atrială cronică, bloc major de ramură stângă și bloc atrio-ventricular complet (tab. 3).

Tabelul 3

BCI – forme clinice	Lotul I	Lotul II	Lotul III
Angina de efort stabilă	49	61	24
Infarct miocardic vechi	7	2	-
Insuficiență cardiacă în BCI	14	10	-
Aritmie extrasistolică			
- atrială	21	27	22
- ventriculară	12	12	15
- atrială + ventriculară	1	22	-
Tahicardie paroxistică atrială	7	-	-
Fibrilație atrială cronică	18	16	3
Bloc major de ramură dreaptă	3	5	6
Bloc major de ramură stângă	5	1	-
Bloc atrioventricular complet	1	-	-
TOTAL BOLNAVI	138	156	70

Posologie – doze

Lotul I: *Tinctura propolis mitte* (30%) a fost recomandată în doze fracționate de 2 ori pe zi, câte 10 picături, după mese, de preferat pe pâine sau zahăr, câte 15 zile pe lună, în unele cazuri alternând cu medicația coronarotrofică și/sau vasodilatatoare, în alte cazuri concomitent.

Lotul II: Am recomandat produsul *Proposept*, care conține 0,10 g propolis per tabletă, în doză de 2 comprimate pe zi, dimineața și seara, după mese, 15 zile pe lună, fie alternând cu medicația alopatică, fie simultan.

Lotul III: La această ultimă grupă de bolnavi *Mierea propolizată 2%* a fost recomandată în doză de 2 lingurițe pe zi, dimineața și seara, câte 15 zile pe lună, fie împreună cu medicamentele coronarotrofile și/sau vasodilatatoare, fie alternând cu ele.

Rezultate – discuții

În aprecierea rezultatelor am folosit următoarele criterii:

- datele subiective furnizate de bolnavi, ca: toleranța digestivă a preparatului, starea generală, toleranța la efort, frecvența crizelor anginoase și durata lor, frecvența și durata crizelor de palpitații în cazul tulburărilor de ritm;

- datele obiective clinice, ca: frecvența ritmului cardiac în repaus și la efort, valorile presiunii arteriale în repaus și la efort, prezența sau absența tulburărilor cardiace congestive, curba ponderală;

- datele obiective paraclinice, ca: evoluția electrocardiogramei efectuată obligatoriu la începutul și la sfârșitul perioadei de tratament și când a fost necesar la fiecare control, evoluția examenelor de laborator (curba glicemiei, a ureei, acidul uric, a colesterolului).

Evoluția bolnavilor a fost urmărită pe o perioadă de timp variind între 6 luni și peste 2 ani.

Rezultatele consemnate la bolnavii urmăriți au fost bune în 139 de cazuri, staționar în 64 de cazuri și neconcludente la 9 bolnavi.

Un număr de 152 de bolnavi nu a putut fi urmărit peste 6 luni, nefigurând în tab. 4.

Tabelul 4

Rezultat	Lotul I	Lotul II	Lotul III	TOTAL BOLNAVI
Neconcludent	4	3	2	9
Staționar	18	35	11	64
Bun	40	53	46	139
Agravat	-	-	-	-

Nu am observat la nici unul din loturile studiate nici un caz de agravare pe perioada de timp de urmărire, care să poată fi atribuită asocierii produselor pe bază de propolis la tratamentul medicamentos.

Am notat pe perioada de urmărire la bolnavii studiați următoarele fenomene secundare:

a) tulburări digestive ca: greață, pirozis, balonări postprandiale, eructații, survenite la 5 bolnavi; în 3 cazuri din lotul cu Miere propolizată 2% apariția diareei a impus întreruperea tratamentului;

b) tulburări nevrotice au fost observate în 2 cazuri, tulburări pe care bolnavul le prezenta și înaintea instituirii asocierii produselor cu propolis la tratamentul medicamentos;

c) alergiile la Tinctura de propolis semnalată în 2 cazuri a necesitat întreruperea tratamentului; un caz a prezentat edem Quinqué, cedând prompt la medicația antihistaminică, neobservându-se nici o agravare a bolii coronariene; al doilea bolnav, după 6 luni de tratament cu bune rezultate și bine tolerat, a prezentat fenomene de stomatită alergică, ceea ce a necesitat întreruperea tratamentului cu propolis, cu dispariția promptă a fenomenelor de stomatită; mai notăm că la tentativa de reintroducere a tratamentului cu Tinctură de propolis fenomenele de stomatită au reapărut.

Interpretând rezultatele studiului nostru consemnăm următoarele observații:

- cu Tinctura de propolis mitte pe 62 bolnavi urmăriți s-a înregistrat un procent de 64%; rezultate favorabile;

- cu propolis comprimate – Proposept – pe 91 de bolnavi urmăriți am avut un procent de 58% rezultate favorabile;

- cu Miere propolizată 2% pe 59 de bolnavi urmăriți am obținut un procent de 77% rezultate favorabile.

Aceste procente statistice sunt, la prima vedere, favorabile preparatului Miere propolizată 2%, dar trebuie să atragem atenția asupra faptului că lotul acesta a fost selecționat din cazuri mai puțin complicate, date fiind contraindicațiile acestei forme de prezentare a produsului cu propolis (diabet zaharat, obezitate, dislipidemii).

Să privim însă comparativ rezultatele înregistrate asupra celor 28 de bolnavi care au primit toate cele 3 forme de produse pe bază de propolis, în 3 etape succesive de câte 6 luni de tratament (tab. 5).

Tabelul 5

Rezultate tratament	Etapa I Propolis	Etapa II Proposept	Etapa III Miere propolizată
Neconcludent	2	1	1
Staționar	10	5	8
Bun	16 (54,2%)	22 (78,6%)	19 (67,8%)
TOTAL BOLNAVI	28	28	28

Rezultă deci că procentul de 78,6% ar conferi superioritate preparatului Proposept, rezultat ce poate fi considerat statistic semnificativ, dat fiind că în acest lot, bolnavul fiind același, singura variabilă este preparatul apiterapic folosit.

Pe baza acestei cercetări clinice putem face următoarele precizări:

- preparatele cu propolis pot fi recomandate bolnavilor coronarieni, fără nici un risc, dar cu condiția indispensabilă să fie asociat cu medicație alopată;

- asocierea medicamentoasă se va face individualizat, de la caz la caz și cuprinde toată gama medicamentelor, neexistând, după observațiile noastre, nici o incompatibilitate;

- asocierea se poate face simultan dar și alternativ;

- formele de BCI la care am asociat produsele standardizate cu propolis și la care recomandăm această asociere sunt formele neevolutive;

- preparatele pe bază de propolis se vor administra după mese, fracționat în 2 doze pe zi, la mesele principale, câte 15 zile pe lună, în tratament de lungă durată.

Valoarea polenului – Lecipolului – ca agent hipocolestero-lemiant în ateroscleroză

Creșterea lipidelor în sânge a fost și este considerată ca unul din factorii de risc și de agravare a aterosclerozei. Convingerea că nivelul plasmatic al colesterolului joacă un rol major în apariția BCI se bazează pe o multitudine de cercetări clinice, epidemiologice și experimentale. Progresele metodelor de

laborator au condus, în jurul anilor '50 la determinarea mai multor fracțiuni lipoproteice în sânge. Astfel, lipoproteinele cu densitate joasă (LDL) transportă cantitatea cea mai mare, în mod normal cam 70% din colesterolul circulant și pare că ar avea o relație directă cu incidența BCI ca și colesterolul total. O altă fracțiune este constituită din lipoproteine cu densitate foarte joasă (VLDL), care transportă abia 13% din colesterolul plasmatic și probabil nu are aceeași relație strânsă cu incidența BCI. Aceste lipoproteine VLDL transportă grosul tricliceridelor plasmatică în starea „à jeun”, dar relația între nivelul trigliceridelor plasmatică cu BCI este incertă și probabil de mică importanță.

Unele studii (1974-1978) s-au concentrat asupra importanței în clinică a lipoproteinelor de densitate înaltă (HDL), care transportă abia 17% din totalul colesterolului plasmatic. Aceste lipoproteine HDL se subîmpart în HDL_{2a}, HDL_{2b}, HDL₃ și HDL_c; ultimele apar în circulație când aportul alimentar de colesterol este foarte ridicat. Majoritatea lipoproteinelor prezente în plasmă postprandial provin din ficat. Restul de lipoproteine, de asemeni, prezente în plasmă în cursul absorbției grăsimilor alimentare, sunt sintetizate în intestin de către enterocite (chilomicroni), sunt de mărimi diferite și pătrund în circulație pe cale limfatică.

Acizii grași sunt principalul combustibil metabolic al organismului. Organismul menține un nivel circulant de acizi grași liberi care este alimentat în permanență de către acizii grași eliberați de țesutul adipos. Când acizii grași liberi sunt nefolișiți, se acumulează în circulație, concentrația lor putând atinge un nivel agresiv pentru membranele celulare. Ficatul elimină acizii grași în exces și îi transformă în trigliceride, ceea ce previne acumularea de acizi liberi în plasmă. În acest moment este necesară intervenția lipoproteinelor pentru a vehicula trigliceridele în afara ficatului și pentru a le retransporta în țesutul adipos, unde sunt stocate. În același mod acizii grași din alimente sunt vehiculați sub formă de trigliceride de către lipoproteinele sintetizate în mucoasa intestinală, în țesutul adipos, pentru a fi stocate acolo. Acizii grași absorbiți și utilizați sub formă de acizi grași liberi sunt vehiculați sub formă de lipoproteine, dar sunt stocați sub formă de trigliceride. Lipoproteinele constituie deci un sistem eficient de transport al acizilor grași sub o formă absolut netoxică pentru membranele celulare. Cu ajutorul lipoprotein-lipazei, lipoproteinele sunt capabile de a dirija acizii grași neutilizați către țesutul adipos. Majoritatea colesterolului alimentar este vehiculat spre ficat către lipoproteinele intestinale. Se presupune că țesuturile periferice necesită colesterol hepatic și că acest colesterol este eliberat prin LDL din plasmă. În mod normal, majoritatea colesterolului circulant este transportat prin lipoproteine conținând apoproteina B: lipoproteine de foarte joasă densitate (VLDL), lipoproteine de joasă densitate (LDL) și lipoproteine de densitate intermediară (IDL), în timp ce colesterolul plasmatic asociat cu lipoproteine de înaltă densitate (HDL) nu conține apoproteina B, aceasta fiind înlocuită de apoproteina A.

Două sisteme enzimatice participă la catabolismul lipoproteinelor bogate în apoproteină B: lipoprotein-lipaza și lecitin-colesterol-acyltransferaza (LCAT). Se presupune că lipoprotein-lipaza rămâne fixată de endoteliul capilar al țesuturilor care o sintetizează, cel mai important fiind țesutul adipos. Lecitin-colesterol-

acyltransferaza este elaborată în ficat, probabil în asociere cu lipoproteinele de înaltă densitate (HDL) proaspăt formate. Această enzimă acționează asupra componentelor structurale de transport, adică asupra membranei superficiale. Un acid gras legat de lecitină este folosit pentru a esterifica colesterolul liber și a obține un ester de colesterol și lizolecitină. La subiecții normali această enzimă (LCAT) este probabil responsabilă de esterificarea colesterolului liber din toate lipoproteinele plasmatic (B.J. KUDCHODKAR și colab.). GLOMSET emite ipoteza că interacțiunea dintre LCAT și lipoproteinele HDL este responsabilă de transferul colesterolului liber de la membrana tisulară la lipoproteinele HDL.

RHOADS și colab. stabilește, în anul 1976, o relație directă între incidența BCI și nivelul colesterolemiei totale: cu cât colesterolemia crește cu atât crește și incidența BCI (fig. 1).

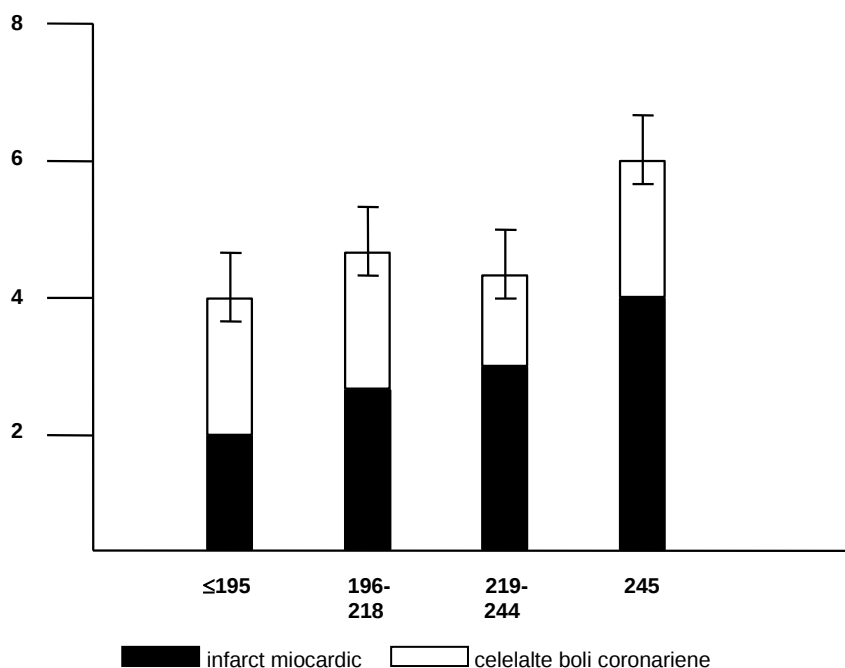


Fig. 1 – Relația dintre BCI (%) (cardiopatia ischemică) și nivelul colesterolemiei totale (după RHOADS și colab., 1976)

Studii mai recente au demonstrat un raport invers între HDL și BCI și anume: majoritatea factorilor de risc în BCI sunt asociați cu valori scăzute de colesterol HDL. De aici ipoteza că indivizi cu valori scăzute de colesterol HDL sunt mai expuși la a face o formă de boală ischemică. Această ipoteză mai este întărită și de unele observații asupra familiilor cu nivele de colesterol HDL considerabil crescute, la care incidența bolilor coronariene este cu mult mai mică decât ne-am

fi așteptat. Există unele aspecte evidente experimentale care sugerează mecanismele prin care lipoproteinele HDL pot fi antiaterogenice și anume: pe de o parte, prin creșterea mobilizării colesterolului din țesuturile periferice pentru catabolism și excreție prin ficat și pe de altă parte, prin inhibarea țesutului de a mobiliza colesterol bogat în lipoproteine de joasă densitate (colesterol LDL). Nivelele de lipoproteine de înaltă densitate (HDL) nu suferă modificări semnificative cu vârsta, dar s-a observat că sunt mai ridicate la femei decât la bărbați.

După ipoteza emisă de G.J. MILLER și N.E. MILLER, lipoproteinele HDL circulante transferă colesterolul liber de la țesuturi către ficat pentru a fi catabolizat. Această ipoteză ar explica rolul protector al lipoproteinelor HDL, mai exact al colesterolului fixat pe lipoproteinele de densitate înaltă, în scăderea riscului coronaropatiilor. Interesante sunt, în această privință, cercetările lui SODHI și colab., care arată relația dintre conținutul plasmatic al colesterolului și diferitele lipoproteine pe de o parte și extinderea afectării coronarelor pe de altă parte, determinată prin coronarografie (tab. 6). Astfel, nivelul colesterolului HDL este cel mai scăzut în grupul cel mai grav atins (cu 3 artere coronare lezate) și este cel mai ridicat în grupul fără nici o leziune coronariană, deci cu artere coronare normale.

Datele acestea sugerează o relație inversă între lipoproteinele de înaltă densitate și atingerea arterelor coronare, dar mecanismele care conferă această protecție sunt, pentru moment, total necunoscute.

Tabelul 6

	Artere coronare normale	O arteră coronară lezată	Două artere coronare lezate	Trei artere coronare lezate
Colesterol (mg%)	205±7	239±13	249±20	246±17
Colesterol VLDL (mg%)	28,9±2,6	40,3±8,2	41,9±6,2	55,2±18,1
Colesterol LDL (mg%)	136±7	159±17	168±19	157±6
Colesterol HDL (mg%)	41,4±2,5	4,3±10,8	33,6±3,1	30,8±2,1

(După SODHI, H.S.)

Cu toate aceste rezerve, literatura de specialitate aduce suficiente dovezi că un nivel ridicat de colesterol în plasmă sau lipoproteine de joasă densitate (LDL) este asociat cu un risc precoce de boală coronariană. Nu se poate susține același lucru despre trigliceride. Nu a fost adusă nici o dovadă, de cauză și efect, între hipertrigliceridemie și afectarea coronarelor. Ținând cont de relația inversă între trigliceridemie și nivelul plasmatic de HDL, se poate face speculația că relațiile semnalate între hipertrigliceridemie și coronaropatie sunt imputabile relației inverse între un nivel ridicat de trigliceride și un nivel plasmatic scăzut de HDL. Pe de altă parte, unii cercetători (WOOD și colab.) au raportat creșterea concentrației colesterolului HDL în cursul activității fizice (tab. 7).

Efectul exercițiului fizic asupra nivelelor lipidice din sânge (mg/100 ml)

Colesterol total	200	210
Trigliceride	70	146
HDL colesterol	64	43
LDL colesterol	125	139
Raport HDL colesterol/LDL colesterol	0,51	0,31

S-a mai observat scăderea HDL la obezi și diabetici. Aceste relatări sunt foarte importante pentru clinicienii cardiologi și constituie baza teoretică a regimului pe care îl prescriem bolnavilor, ca dietă și conduită de viață. Dar această problemă, deloc simplă, este încă controversată. Unii autori argumentează că dacă HDL poate fi un important mecanism cu ajutorul căruia operează un număr de factori de risc, în cazul altora, ca hipertensiunea arterială, fumatul și unele grupe etnice, HDL nu a putut fi incriminat. După părerea lui HOFFBRAND rezultă necesitatea de a se realiza experimentul crucial și anume creșterea concentrațiilor plasmatice de HDL, pentru reducerea incidenței cardiopatiei ischemice. Aceasta ar necesita niște mijloace netoxice pentru creșterea și producerea de HDL în ficat. Drogurile folosite curent răspund foarte puțin acestui deziderat. Pe această bază teoretică am aplicat și noi ideea de a folosi polenul în hipercolesterolemii.

Este meritul lui FREDRICKSON care a introdus termenul de hiperlipoproteinemie și care a atras atenția asupra rolului fundamental al lipoproteinelor în raport cu colesterolul și trigliceridele. O dată pus diagnosticul de hiperlipidemie, în principiu, este necesar și util să precizăm tipul de anomalie lipidică, mai înainte de a institui tratamentul. Pentru aceasta este necesar să facem analize mai precise, dar în clinică, în majoritatea cazurilor, tratamentul urmărește în primul rând să corecteze mai ales cantitatea crescută a lipidelor și colesterolului plasmatic decât cauza fundamentală. Sunt unii autori care recunosc că, actualmente, cu toate determinările de laborator mai mult sau mai puțin sofisticate, în clinică este greu să ai o idee clară asupra factorilor care controlează concentrația lipoproteinelor plasmatice și să înțelegi perfect prin ce mecanism agenții terapeutici normalizează lipoproteinemia. Cu toate acestea, hiperlipidemiile trebuie tratate, datorită efectului aterogenic demonstrat al LDL și VLDL și pe de altă parte al observației că o cantitate ridicată de HDL în plasmă este probabil benefică. În practica medicală curentă determinarea colesterolului și a lipidelor totale prelevate „à jeun” este suficientă pentru a se asigura o urmărire corectă a bolnavilor, ceea ce am făcut și noi în cercetările efectuate.

Faptul că atât pe plan mondial, cât și în țara noastră se înregistrează un număr tot mai mare de accidente vasculare datorate aterosclerozei determină luarea în considerație a tuturor mijloacelor de tratament al acestei boli. Printre factorii incriminați în producerea ateromului arterial este astăzi unanim admisă creșterea lipidelor plasmatice. În ultimii ani cercetările caută substanțe care să corecteze devierea de la normal a lipidelor plasmatice pentru a interveni benefic împotriva proceselor de aterogeneză. Sunt, după cum vom vedea, medicamente care nu numai că au decepționat în ceea ce privește efectul hipocolesterolemiant

sau hipolipemiant, dar au produs efecte toxice asupra organismului, majoritatea lor nerezistând probei timpului.

Marea majoritate a hiperlipidemiilor necesită un tratament complex, de durată și care trebuie abordat prin diferite căi:

a) prima cale și totodată arma principală care nu trebuie neglijată de către medic și bolnav este **regimul restrictiv igienico-dietetic**, fără de care nu trebuie concepută nici o schemă de tratament.

Bilanțul caloric – regimul hipocaloric – este indispensabil, dat fiind că majoritatea subiecților cu țesut adipos în exces sintetizează și secretă lipoproteine de densitate foarte joasă (VLDL) de proveniență hepatică în cantitate mult mai mare decât persoanele cu greutate. De asemenea, obezitatea este însoțită de o hiperproducție endogenă de colesterol. Astfel, atât sinteza colesterolului cât și eliberarea în circulație de VLDL hepatice scad rapid sub efectul unui bilanț caloric negativ.

Grăsimile alimentare facilitează absorbția colesterolului alimentar. Grăsimile saturate măresc colesterolemia, grăsimile polinesaturate o scad și grăsimile mononesaturate sunt neutre din acest punct de vedere. Mai simplu spus, toate grăsimile animale sunt grăsimi suprasaturate și majoritatea grăsimilor vegetale sunt nesaturate, iar uleiul de pește este bogat în acizi grași polinesaturați.

Colesterolul alimentar: relația dintre colesterolul alimentar și colesterolemie este controversată dar este sigur că răspunsul la un aport ridicat de colesterol alimentar variază de la o persoană la alta, părere la care subscriem și noi. Ceea ce nu știm este de ce răspunsul variază de la individ la individ și prin ce mecanisme colesterolul alimentar influențează asupra colesterolemiei.

Hidrații de carbon din alimente: un regim bogat în hidrați de carbon face să crească, în general, trigliceridemia și influențează puțin colesterolemia.

Proteinele alimentare: s-a remarcat că înlocuirea proteinelor animale prin proteine vegetale (soia) scade semnificativ colesterolemia, chiar în absența altei modificări în regimul alimentar (SIRTORI și colab.).

Alimentele bogate în *celuloză* ca și *tărâțele din cereale* nu par să influențeze prea mult colesterolemia la om, deși pectinele ar avea proprietăți hipocolesterolemizante. K.K. HUTH este de părere că tărâțele sau fulgii de ovăz introduși în dieta bolnavilor produc creșterea colesterolului HDL, dar el observă scăderi nesemnificative ale colesterolului LDL.

Uleiurile vegetale: KINSELL și colab., apoi MANN, au fost printre primii care au atras atenția asupra acțiunii hipocolesterolemizante ale uleiurilor vegetale, efect datorat acizilor grași polinesaturați. ILIESCU și colab., observând o scădere a colesterolemiei la 70% din bolnavii studiați, în urma administrării a 20 ml pe zi de ulei de in, atrage atenția că acțiunea sa a fost mai modestă asupra lipidemiei totale și a raportului a/b lipoproteine.

b) A doua cale de abordare a tratamentului dislipidemiilor constă în folosirea **medicamentelor hipolipemizante**. Dispunem, la ora actuală, de numeroase medicamente care permit tratarea hiperlipoproteinemiilor și industria medicamentoasă este preocupată de obținerea de noi produse normolipemizante.

Unul din agenții hipocolesterolemizanți, cel mai studiat și mai folosit în practica medicală este Clofibratul și produsele sale analoge. ILIESCU și colab.,

Încă din anul 1965, publică primele observații cu Atromid, pe un număr de 17 bolnavi, atrăgând atenția asupra efectelor de creștere tranzitorie a TGO și TGP sub acest medicament și a necesității urmăririi mai aprofundate a efectelor sale asupra factorilor ce intervin în procesul de trombogeneză și în mecanismul fibrinolitic. Studii mai recente relevă că acțiunea sa hipolipemiantă este legată de două mecanisme independente unul de celălalt (KUDCHODKAR și colab., 1977). Clofibratul reduce eliberarea de acizi grași liberi din țesutul adipos și diminuează astfel sinteza VLDL hepatice și nivelul lor în plasmă. Această substanță mărește, de asemenea, catabolismul VLDL circulante (SODHI și colab.), factor responsabil în parte de creșterea nivelului LDL la unele persoane. Inhibiția sintezei hepatice a colesterolului sub Clofibrat este probabil secundară influenței sale asupra altor aspecte ale metabolismului lipoproteinelor. Acțiunea Clofibratului asupra metabolismului lipoproteinelor plasmatice este probabil răspunzătoare de unele modificări în excreția biliară și fecală a steroizilor neutri și steroizilor acizi. Clofibratul crește activitatea fibrinolitică și potențează efectele anticoagulantelor de tip Warfarină, când administrarea se face simultan. Efectele secundare, care au fost semnalate și care atrag atenția asupra folosirii sale, sunt creșterea volumului hepatic, modificări ale probelor funcționale hepatice, o ușoară creștere ponderală, embolii pulmonare nefatale, apariția crizelor de angină pectorală, de claudicație intermitentă, precum și tulburări ale ritmului cardiac. După rezultatele unei anchete publicate în anul 1978 asupra tratamentului pe termen lung cu Clofibrat, s-a observat că acesta ar crește mortalitatea totală imputabilă afecțiunilor hepatice, ale veziculei biliare, intestinului subțire și intestinului gros. De asemenea, numărul colecistectomiilor s-a triplat în rândul bolnavilor sub Clofibrat, și a fost mai mare și numărul deceselor secundare (OLIVER și colab., 1978). Dar, desigur, există și păreri favorabile acestui medicament, mai ales în hiperlipoproteinemiile de tip III.

Rezinele, capabile de a fixa în intestin sărurile biliare, precum Colestipolul și Colestiramina, împiedică reabsorbția lor, ceea ce întrerupe ciclul entero-hepatic al colesterolului. Aceste rezine nu influențează în mod semnificativ absorbția intestinală a colesterolului, dar cresc net eliminarea fecală a sărurilor biliare. S-ar părea, de asemenea, că ar stimula catabolismul LDL circulante. Independent de acțiunea sa hipocolesterolemiantă, Colestiramina antrenează uneori o creștere a trigliceridemie, probabil consecință a accelerării punerii în circulație a VLDL hepatice. Acesta este motivul pentru care unii autori recomandă asocierea cu Clofibratul, mai ales în hipelipoproteinemiile de tip II. Efectele secundare cele mai importante ale acestor rezine sunt tulburările digestive. Ele împiedică în oarecare măsură și absorbția digestivă a unor medicamente, ceea ce constituie desigur un neajuns la bolnavii cardiovasculari, care necesită zilnic un tratament medicamentos indispensabil și atent dozat.

Acidul nicotinic a fost utilizat prima oară în 1955 de către ALTSCHUL pentru a trata hipercolesterolemia. La numai 8 ani de la comunicarea lui ALTSCHUL, școala românească de cardiologie condusă de C.C. ILIESCU publică primele rezultate cu acidul nicotinic, asupra a 45 de bolnavi cu

diferite grade și localizări de ateroscleroză, dintre care 31 prezentau și hipercolesterolemie, observând scăderi semnificative ale colesterolului la 22 de bolnavi. Popularitatea acestei substanțe a fluctuat foarte mult de atunci, dar și astăzi suscită un interes deosebit. Modul de acțiune al acidului nicotinic poate fi comparat cu cel al Clofibratului, ambele produse scad liberarea acizilor grași liberi din țesutul adipos prin inhibarea glucagonului și favorizează lipogeneza hepatică. Spre deosebire însă de Clofibrat, acidul nicotinic scade concentrația atât a VLDL cât și a LDL la toți bolnavii, pe când Clofibratul reduce concentrația VLDL la toți bolnavii, dar la unii crește concentrația LDL. Efectele secundare obișnuite ale acidului nicotinic sunt roșeața și pruritul în jumătatea superioară a corpului, efecte tranzitorii, diminuate mult dacă medicamentul este luat în timpul mesei.

Steroizii vegetali se bucură în ultimul timp de o atenție deosebită ca agenți hipocolesterolemianți. Aceste substanțe, care inhibă absorbția prin mucoasa intestinală a colesterolului, sunt în general bine tolerate și nu produc efecte secundare serioase.

Thyroxina, Estrogenii, Progestativele, Neomicina, Probucolul au fost folosite ca hipocolesterolemianți și/sau hipolipemianți, dar nu dispunem în toate cazurile de suficiente informații asupra modului lor de acțiune și a efectelor secundare pe termen lung la om.

Alte două metode de tratament pe care le menționăm pentru a sublinia importanța problemei hiperlipemiilor în lumea medicală contemporană, sunt, pe de o parte *tratamentul chirurgical (bypass intestinal)* și pe de altă parte *transfuzii de substituție*, încercări efectuate asupra acelor cazuri de hipercolesterolemie care sunt rezistente la tratamentele medicale. Aceste metode sunt încă în stadiu incipient.

În încheiere trebuie să insistăm asupra a două aspecte:

- aceste medicamente (indiferent din ce categorie fac parte) nu sunt decât adjuvante ale tratamentului dietetic, iar un regim restrictiv adecvat fiecărui caz în parte trebuie corect urmat, pentru ca răspunsul la medicament să fie optim;

- în al doilea rând, este imperios necesar ca aceste medicamente să ofere o toleranță și securitate optimă, deoarece ele trebuie folosite de bolnav pe termen lung, dacă nu chiar de-a lungul întregii vieți.

Acestea sunt argumentele care ne-au făcut să ne îndreptăm atenția asupra posibilităților aplicării apiterapiei, polenului, în bolile cardiovasculare datorate în special aterosclerozei asociate cu tulburări ale metabolismului lipidic.

Polenul – celule germinative ale plantelor, supranumit de unii autori (SCHMIDT) „o minune a vieții”, constituie forța perpetuării vieții. El variază de la plantă la plantă, dar ceea ce trebuie subliniat este că polenul recoltat de albine este diferit de polenul recoltat de om. Același autor menționează faptul că albinele culeg polenul numai de pe flori nepoluate de pesticide, pe de o parte, și pe de altă parte saliva albinelor, cu care acestea aglomerează polenul sub formă

de ghemotoace, provoacă procese de fermentare care deschid învelișul grăuncioarelor de polen, făcând astfel accesibil conținutul lor.

Valoarea polenului ca produs dietetic a fost subliniată de CHAUVIN într-un amplu raport de expertiză, raport în care sunt menționate și anumite observații efectuate de medici, care raportează efecte benefice la alcoolici și, de asemenea, o acțiune favorabilă asupra protidemiei, lipidemiei, colesterolemiei și în astenia vârstnicilor. Tot în acest raport sunt amintite și lucrările lui VASILIEV și GHEORGHIEVA (1955) referitoare la influența polenului asupra hiperlipidemiei în cursul aterosclerozei, observații care s-au referit la 60 de bolnavi, la care s-a observat scăderea colesterolului, a acizilor grași liberi, a trigliceridelor, a lipoproteinelor și albuminelor, precum și creșterea a) și b) a globulinelor serice. Aceiași autori, citați în raportul lui CHAUVIN, au examinat 40 de bolnavi suferind de ateroscleroză cerebrală, tratați cu polen recoltat de albine, la care s-a observat dispariția durerilor de cap, revenirea somnului și a memoriei.

Compoziția polenului este foarte variată, specifică plantei de la care provine. Subliniem câteva din componentele sale și prin aceasta vom înțelege mai bine efectele sale benefice asupra omului. Conform determinărilor de laborator, polenul conține substanțe indispensabile vieții ca:

- *aminoacizi* (metionină, valină, lizină, cistină, glutamină) factori implicați în buna funcționare a ficatului;

- *grăsimi* și mai ales *acizi grași saturați* și *nesaturați*, cărora li se atribuie un rol important în prevenirea aterosclerozei;

- numeroși *fermenți*, *hormoni*, *vitamine*, *flavonoizi*, atât de necesari organismului. Dintre vitamine merită să menționăm faptul că polenul conține de 20 de ori mai multă vitamină A decât morcovul și, de asemenea, provitamină A. Dintre flavonoizi cităm prezența rutinei, căreia i se atribuie un rol important în ameliorarea respirației celulare, prevenind descompunerea vitaminelor.

Polenul mai conține *minerale importante* ca fierul, magneziul, potasiul, care intervin în desfășurarea schimburilor ionice de la nivelul membranei celulare.

Prezența *lecitinei* și în special a *acizilor nucleici*, care intervin în creșterea și dezvoltarea tuturor viețuitoarelor, trebuie, de asemenea, subliniată între substanțele conținute de polen.

Unii autori atrag atenția asupra prezenței unui *antibiotic* care ar controla, în mod eficient, infecțiile bacteriene.

Cunoscând deci substanțele determinate până acum în compoziția polenului (dar mai sunt încă elemente necunoscute), putem înțelege mai bine rolul benefic pe care îl poate avea ca produs dietetic în menținerea sănătății omului. Apiterapia își propune și folosirea lui ca adjuvant valoros în tratamentul unor boli carentiale și sismetabolice, mai ales că, așa după cum a fost demonstrat experimental și clinic, polenul este total lipsit de toxicitate. Ceea ce limitează însă folosirea sa este alergiile la polen, condiție care trebuie luată în considerare de către medic.

Găsim sugestiv să prezentăm elementele conținute în polenul apicol, precum și componentele a două medicamente de largă folosire în bolile ficatului: Essentiale și Litrison.

Astfel, 100 g de polen apicol conțin:

- fosfolipide	1130 mg
- monogliceride	160 mg
- digliceride	2000 mg
- trigliceride	150 mg
- acizi grași liberi (miristic, stearic, palmitic, oleic, lauric)	150 mg
- fitosteroli (testosterol, stigmasterol, fucosterol, campesterol)	40 mg
- acizi aminați liberi	700 mg
- vitamina B ₁	0,5 mg
- vitamina B ₂	0,8 mg
- vitamina B ₆	0,5 mg
- nicotinamidă	8 mg
- acid pantotenic	1 mg
- foliați	0,5 mg
- vitamina C	5 mg
- vitamina E	6 mg
- provitamina A	7 mg
- vitamina D	2 U.I.
- elemente minerale (K, Na, Ca, Mg, Fe, Cu, Zn, Mn, I)	

Ca valoare nutritivă, 100 g de polen apicol corespund 20 g de proteine, 5 g de lipide și 30 g de glucide, iar ca valoare calorică 252 de calorii.

Formula unei capsule de Essentiale este: fosfolipide – 300 mg, vitamina B₁ – 6 mg, vitamina B₂ – 6 mg, vitamina B₁₂ – 6 μg, vitamina B₆ – 6 mg, nicotinamidă – 30 mg și vitamina E – 6 mg. Un comprimat de Litrison conține: DL metionină – 100 mg, cholin tart. – 100 mg, vitamina B₁ – 2 mg, vitamina B₂ – 2 mg, vitamina B₆ – 2 mg, nicotinamidă – 6 mg, pantotenol – 3 mg, biotină – 0,1 mg, acid folic – 0,4 mg, vitamina B₁₂ – 0,67 μg și vitamina E – 3 mg.

Rezultă din aceste date conținutul foarte asemănător al componentelor celor două medicamente cu cel al polenului apicol. Aceste date comparative au constituit unul din argumentele care ne-au determinat să întreprindem cercetările clinice pe care le prezentăm în continuare, având în vedere funcția ficatului în metabolismul lipidelor și mai ales în al colesterolului, factor important de risc în aterogenează.

Studii noastre sunt modeste din punct de vedere al investigațiilor de laborator, nebeneficiind de un laborator propriu, de aceea determinările noastre s-au limitat numai la dozările colesterolului total și lipidelor totale; în puține cazuri am avut la dispoziție un buletin de analize mai complet (dozări ale trigliceridelor, lipidograma etc.). Din punct de vedere al investigațiilor de laborator, nu am putut realiza ceea ce ne-am propus; am realizat o urmărire clinică a tratamentului de lungă durată, peste 8 ani, pe un număr de 265 de bolnavi de ateroscleroză, număr pe care îl considerăm statistic semnificativ.

În această cercetare s-a folosit **un preparat experimental pe bază de polen, „Lecipol”** care a fost elaborat și pus la dispoziția noastră de către cercetătorii Institutului de cercetare și dezvoltare pentru apicultură. Lecipolul conține: polen pulvis apicol, lecitină vegetală, substanțe edulcorante (zaharină).

La cei 265 de bolnavi luați în studiu, dozările colesterolului au depășit 220 mg% (cifră maximă considerată normală pentru țara noastră), situându-se între 230 mg% și 540 mg%, la majoritatea cazurilor (68%) înregistrându-se valori între 280-440 mg% colesterol total; valorile lipidelor totale au depășit 800 mg% și s-au situat între 800-1600 mg%. Perioada de urmărire a variat între 6 luni și peste 8 ani.

Lotul martor a fost constituit din aceiași bolnavi, fiecare bolnav fiind comparat cu el însuși.

Cei 265 de bolnavi au fost 120 bărbați și 145 femei, vârsta lor a variat între 24 și 81 de ani, majoritatea lor fiind între 50 și 69 de ani. În ceea ce privește diagnosticul clinic (tab. 8), 55 de bolnavi prezentau diverse forme clinice de BCI, iar 43 ateroscleroză sistemică sau cu alte localizări (cerebrale și periferice), încadrați în grupa I de studiu. În grupa II i-am încadrat pe cei 56 de bolnavi cu hipertensiune arterială sistolică și 97 de bolnavi cu hipertensiune arterială esențială în diverse stadii de evoluție. De menționat că numai 8 bolnavi erau în stadiul I, 56 în stadiul II și 33 în stadiul III, deci 89 de bolnavi (91,7%) din această grupă se găseau în stadii avansate ale bolii. Grupa a III-a de bolnavi a cuprins 14 cazuri, care prezentau numai modificări lipidice, fără nici o manifestare clinică sau electrocardiografică de suferință cardiovasculară aterosclerotică.

Tabelul 8

Diagnostic clinic	Bolnavi
Grupa I	
a) Boală cardiacă ischemică (BCI) – forme clinice	
- angina de efort stabilă	27
- infarct miocardic vechi	11
- insuficiență cardiacă cronică în BCI	4
- aritmie extrasistolică	9
- tahicardie paroxistică supraventriculară	3
- fibrilație atrială cronică	5
- bloc major de ramură dreaptă	5
- bloc major de ramură stângă	1
Grupa II	
b) Ateroscleroză sistemică sau cu alte localizări (cerebrale și periferice)	43
1. hipertensiune arterială sistolică	56
2. hipertensiune arterială esențială	
- stadiul I	8
- stadiul II	56
- stadiul III	33
Grupa III	
Dislipidemii	14

La această din urmă grupă, în prima etapă de studiu de 6 luni s-a urmărit evoluția colesterolemiei numai sub regim igieno-dietetic (hipolipidic, hipoglucidic și hipocaloric, în cazul celor supraponderali), iar în a doua etapă de studiu s-a adăugat ca tratament numai produsul apicol Lecipol.

Bolnavii din grupa I și II au urmat, în prima etapă de studiu, de 6 luni, tratament igieno-dietetic și tratament medicamentos susținut, și uneori complex,

adecvat fiecărui caz în parte; în a doua etapă de studiu s-a asociat Lecipolul ca agent normocolesterolemiant și/sau normolipemiant. S-a folosit o gamă variată de medicamente: antihipertensive, salidiuretice, betablocante, antagoniste ale calciului, vasodilatatoare și coronarotrofile, antiaritmice, digitalice, anticoagulante, sedative, tranchilizante, precum și alte preparate apicole, cum ar fi Tinctura de propolis mitte și Apilarnil prop.

Posologie – doze

Lecipolul a fost recomandat în doză zilnică de 2 lingurițe pe zi, în două prize, după mesele principale, câte 15 zile pe lună în tratament de lungă durată. Pentru a preveni eventualele creșteri ale glicemiei, fapt observat excepțional, am recomandat tuturor bolnavilor ca pe perioada de 15 zile de folosire a Lecipolului să înlăture complet dulciurile din alimentație.

Rezultate și discuții

În aprecierea rezultatelor clinice am folosit datele subiective furnizate de către bolnav (stare generală, cefalee, amețeli, insomnie, tulburări de echilibru, toleranță subiectivă la efort, frecvența și durata crizelor de palpitații, toleranța digestivă a preparatului Lecipol), precum și datele obiective clinice urmărite în dinamică: valorile presiunii arteriale sistolice și diastolice în clino, orto și la efort, în unele cazuri prezența sau dispariția tulburărilor de ritm, prezența semnelor clinice de insuficiență cardiacă și evoluția lor, precum și evoluția curbei ponderale. Ca date paraclinice s-a urmărit evoluția electrocardiogramei, iar ca date de laborator valorile glicemiei, curba colesterolemiei și/sau lipidemiei, din 6 în 6 luni, sub tratament de lungă durată cu Lecipol.

În prima etapă de studiu de 6 luni (considerată ca martor) valorile colesterolemiei au variat după cum urmează:

- staționar în 34,5%;
- creșteri în 57%;
- scăderi în numai 8,5% din cazuri.

Rezultă deci că în 91% din cazuri, numai sub regim igienico-dietetic și medicație convențională, colesterolul nu a scăzut, ba chiar a crescut.

În a doua etapă de studiu evoluția colesterolemiei sub tratament de întreținere și de lungă durată cu produsul Lecipol a confirmat rezultatele favorabile ale acestui preparat pe bază de polen (tab. 9).

Tabelul 9

Evoluția colesterolemiei și a lipemiei, în procente, sub tratament cu Lecipol

	Scădere sub 20 mg	Staționar ± 20 mg	Creștere peste 20 mg
Colesterolemia	87,2	8,3	4,5
Lipemia	77,2	18,5	4,3

Astfel, la majoritatea bolnavilor (87,2%) colesterolul a scăzut cu peste 20 mg, a rămas staționar (± 20 mg) într-un procent de numai 8,3% și s-au înregistrat creșteri cu peste 20 mg într-un procent foarte mic de 4,5%.

În ceea ce privește curba lipemiei am observat rezultate satisfăcătoare: lipidele au scăzut la 77,2% din bolnavi, au rămas staționare la 18,5% și au crescut cu peste 20 mg într-un procent de 4,3%.

Aceste date demonstrează că variațiile colesterolemiei și ale lipidemiei sub tratament de lungă durată cu Lecipol urmează curbe paralele la marea majoritate a bolnavilor, dar la o parte din ei rezultatele sunt discrepante. În acest sens am consemnat la același bolnav scăderea colesterolului total, dar creșterea lipidelor totale, iar la alți bolnavi scăderea lipidemiei, dar creșterea colesterolemiei. Astfel, la 10 bolnavi colesterolul a scăzut cu peste 20 mg, în timp ce lipemia a rămas nemodificată; la 3 bolnavi valorile colesterolului plasmatic au rămas staționare, în timp ce lipemia a scăzut cu peste 20 mg și, în sfârșit, la 3 bolnavi colesterolul a crescut cu peste 20 mg, în timp ce lipemia a scăzut cu peste 20 mg.

Controlând datele clinice și paraclinice, în funcție de diagnosticul clinic, am înregistrat rezultatele consemnate în tab. 10, exprimate în număr de bolnavi și procente.

Tabelul 10

Rezultatele exprimate în număr de bolnavi și procente

	Grupa 1		Grupa 2	Grupa 3
	a) BCI	b) Asc	HTA	Dislipidemii
Favorabile	45 (81,5%)	35 (80,5%)	106 (60,2%)	13 (92,8%)
Staționare	8 (15,4%)	5 (12%)	9 (6%)	1 (7,2%)
Neconcludente	2 (3,1%)	3 (7,5%)	36 (23,5%)	-
Agravate	-	-	2 (1,3%)	-

Cele mai bune rezultate obținute sunt de 81,5% la bolnavi cu ateroscleroză coronariană (BCI) și de 80,5% la bolnavi cu ateroscleroză sistemică sau cu alte localizări (cerebrale și periferice); la bolnavii hipertensivi rezultatele favorabile au fost mai mici, într-un procent de 69,2%.

În grupa a treia a bolnavilor doar cu perturbări ale metabolismului lipidic, pe care le-am notat cu termenul general de dislipidemii, dat fiind imposibilitatea noastră de a pune cu acuratețe diagnosticul de tip dislipidemie, fiind lipsiți de laborator propriu, am obținut cele mai evidente rezultate. Această grupă a cuprins 14 bolnavi la care produsul apicol Lecipol a constituit unicul mijloc de tratament. Determinările colesterolemiei au arătat scăderi de peste 20 mg% la un număr de 13 bolnavi, realizând un procent de 92,8%; într-un singur caz cifrele colesterolului total au rămas staționare. Evoluția clinică a acestor bolnavi a fost favorabilă pe toată durata observației noastre, perioadă în care nu s-a semnalat în nici un caz apariția vreunui semn de suferință cardiovasculară.

Mai este de remarcat și faptul că pe întreg lotul de 265 de bolnavi, și pe întreaga perioadă de urmărire, am semnalat numai două cazuri de agravare, în procent de 0,9%, acestea survenind la grupul de bolnavi cu hipertensiune arterială esențială în stadiul III.

Mai menționăm că pe întreg lotul de bolnavi studiați tratamentul asociat și de lungă durată cu Lecipol a fost bine tolerat, subliniind totodată faptul că, asocierea cu o varietate mare de medicamente nu a ocazionat nici un accident sau incident. Sunt însă unele cazuri când bolnavii acceptă mai greu gustul preparatului.

Am cercetat relația dintre rezultatele obținute și durata perioadei de tratament și de urmărire. La bolnavii tratați și urmăriți pe perioade lungi de timp – peste un an – am notat o evoluție favorabilă în procent de 91%, pe când rezultatele nesatisfăcătoare au atins un procent de numai 8%. La cei tratați și urmăriți sub un an rezultatele favorabile au fost înregistrate numai la 15 bolnavi (28,8%), iar rezultate nesatisfăcătoare la 37 de bolnavi (69,9%). Cele două cazuri agravate au făcut parte unul din prima categorie și cel de-al doilea din a doua categorie (fig. 2).

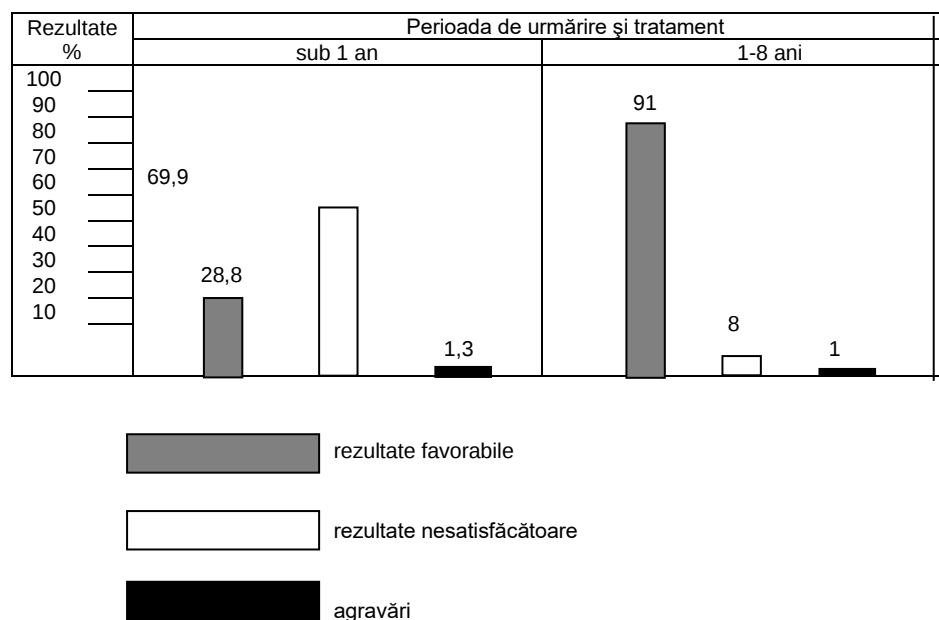


Fig. 2 – Rezultate (în procente) în raport cu perioada de urmărire și tratament

Aceste rezultate comparative în timp demonstrează clar importanța ameliorării pe termen lung a factorului de risc, care este hipercolesterolemia și/sau hipelipidemia în ateroscleroză. Ameliorarea acestui factor de risc, și aceasta s-a realizat cu ajutorul produsului apicol Lecipol administrat în cură prelungită, asociat tratamentului medicamentos, a determinat ca evoluția clinică a bolnavilor noștri să fie favorabilă într-un procent ridicat de 91%.

În ceea ce privește produsul apicol Lecipol avem de remarcat că, din punct de vedere al eficienței, el s-a dovedit un puternic agent normocolesterolemiant și complet lipsit de nocivitate, în tratament susținut și de lungă durată.

Indicația majoră a acestui agent apiterapeutic o constituie tipurile de dislipidemii asociate cu hipercolesterolemie.

Tratamentul cu produsul apicol Lecipol este indicat în toate formele de BCI complicate cu perturbări ale metabolismului lipidic; este, de asemenea, indicat în hipertensiunea arterială sistolică, precum și în hipertensiunea arterială esențială complicată cu dislipidemii.

Tratamentul cu Lecipol se constituie într-un tratament de valoare, asociat la medicamentele curente indicate pentru boala cardio-vasculară a fiecărui caz în parte. El înlocuiește cu succes numai preparatele medicamentoase hipocolesterolizante.

Apiterapia trebuie să-și dobândească locul ce i se cuvine în practica medicală, ca un mijloc de tratament cel puțin egal cu regimul igienico-dietetic și de viață al bolnavilor, care nu poate lipsi din nici o schemă de tratament a unui bolnav de ateroscleroză. Indicațiile și limitele apiterapiei vor fi stabilite numai de medici.

BIBLIOGRAFIE

- BUCUR, V.; Doina ROGOZEI; N. GEORGESCU; Sevasta NIȚU; C.C. ILIESCU (1965) – Date preliminare privitoare la tratamentul aterosclerozei cu Atomid. *Viața medicală* XII, 22, 1576-1579
- CHAUVIN, R. (1977) – Raport de expertiză asupra polenului ca aliment dietetic, Editura Apimondia, București
- FREDRICKSON, D.S.; R.S. LESS (1965) – A system for phenotyping hyperlipoproteinemia. *Circulation* 31, 321-327
- GLOMSET, J.A. (1970) – Physiological role of lecithin-cholesterol-acyltransferase. *Am.J.Clin.Nutr.* 23, 1129
- HOFFBRAND, B.I. (1978) – Lipoproteins and Coronary Heart Disease. Royal Society of Medicine, International Congress and Symposium Series, Number 14, 29-30
- HUTH, K. (1991) – Lipidensenkende Therapie ist dem alten Menschen nicht vorenthalten. *Fortschritte der Medizin*, München, 32, 74-77
- ILIESCU, C.C. și colab. (1962) – Acțiunea acizilor grași nesaturați asupra lipidelor plasmatiche în ateroscleroză. *Medicina internă*, vol.XIV, nr.12, 1433-1442
- ILIESCU, C.C. și colab. (1963) – Acțiunea acidului nicotinic asupra lipidelor plasmatiche în ateroscleroză. *Medicina internă*, vol.XV, nr.1, 39-48
- KUDCHODKAR, B.J.; H.S. SODHI (1976) – Turnover of plasma cholesteryl esters and its relationship to other parameters of lipid metabolism in man. *Eur.J.Clin.Invest.* 6, 285-298
- KUDCHODKAR, B.J.; L. HORLICK; H.S. SODHI (1976) – Effectes of plant sterols on cholesterol metabolism in man. *Atherosclerosis*, 23, 239
- KUDCHODKAR, B.J. și colab. (1977) – Effects of clofibrate on cholesterol metabolism in man. *Clin. Pharm. Therap.*, 22, 154-163
- MILER, G.J.; N.E. MILLER (1975) – Plasma high density lipoprotein concentration and development of ischaemic heart disease. *Lancet* 1, 16-19
- OLIVER, M.F.; J.A. HEDY; J.N. MORRIS și colab. (1978) – A cooperative trial in the primary prevention of ischaemic heart disease using clofibrate, *Br. Heart J.* 40, 1069-1118
- RHOADS, G.G. și colab. (1976) – Serum lipoproteins and coronary heart disease in a population study of Hawaii Japanese men, *New Engl. J.Med.* 294, 293-298
- SCHMIDT, S. (1973) – Polenul – o minune a vieții, Editura Apimondia, București, 1977
- Lucia SERAFIM, Elena PALOȘ (1985) – Efectele tratamentului cu Lecipol la bolnavii cardio-vasculari cu hipercolesterolemie. Comunicare la Sesiunea anuală de referate și comunicări științifice a I.C.P.A. București
- Lucia SERAFIM și colab. (1989) – Observații clinice privind tratamentul de lungă durată cu produsul apicol Lecipol în hipertensiunea arterială asociată cu modificări lipidice. Comunicare U.S.S.M. – Cercul de referate Apiterapie
- SODHI, H.S. și colab. (1971) – Effectes of chlorophenoxysobutyrate on the synthesis and metabolism of cholesterol in man. *Metabolism* 20 (4), 348-359
- SODHI, H.S. și colab. (1978) – Comparison of serum concentrations of high density lipoproteins in normals and patients with coronary artery disease: importance of the lipoprotein fraction as an independent risk factor in females. *Am. J. Cardiology* 41 (12), 404
- WOOD, D.D. și colab. (1974) – Plasma lipoprotein concentrations in middle-age male runners. Abstracts of 47th Scientific Sessions of the American Heart Association, *Circulation*, 506 Suppl. 3. Abstract Nr. 452, p.115
- x x x – The Coronary Drug Project Research Group (1975) – Clofibrate and Nylacin in coronary heart disease. *J.A.M.A.* 231, 380

APITERAPIA ÎN REUMATOLOGIE

Dr. Eduard ȘERBAN

În reumatologie, aproape unicul mijloc de tratament apiterapic, este veninul de albine sau apiveninul (Av).

Folosirea Av în tratamentul afecțiunilor reumatice s-a practicat încă din antichitate și în mod empiric.

Astăzi, datorită interesului manifestat și a cercetărilor clinice și de laborator efectuate, caracterul empiric s-a estompat și aspectul științific este evident.

Av este un produs biologic propriu lui *Apis mellifica*, o soluție lichidă, cuprinzând substanțe proteice volatile și compuși organici nevolatili. Av este secretat de glanda acidă a albinei și cantitatea secretată se acumulează în rezervorul de venin.

Principiile active pe care le conține nu sunt transmise de plante.

Recoltarea Av se face cu ajutorul unor dispozitive speciale (azi electrotehnice).

În momentul în care albina înțeapă, acul, care este prevăzut cu niște zimțișori, odată împlântat nu mai poate fi scos (retras) și se rupe, antrenând după el punga cu venin care formează un tot și care acționează independent de corpul care s-a rupt, ca un organ autonom.

Deși nu se cunosc până în prezent, în întregime, componenții exacți ce intră în secreția glandei acide a albinei, cercetările sunt destul de intense și pe cale să elucideze multe necunoscute.

S-a stabilit că Av are o reacție acidă cu un pH între 4,5 și 5,5. Este incolor, dens, se solidifică după 20 de minute în contact cu aerul, pierzându-și, prin evaporare, substanțele volatile și apa în proporție de 70%.

Pentru a fi utilizat în scop terapeutic Av trebuie să fie solubilizat în apă distilată, sterilizat și eventual liofilizat.

Compoziția Av este complexă; în el se găsesc săruri minerale, acizi organici volatili, acid formic, acid clorhidric, etc. În Av se mai găsește fosfolipaza A care este însă o proteină accentuat alcalină, termostabilă, precum și histamină, hialuronidază, melitină, apamină și peptide MCD.

Dr. SAINE (Canada) prin metode electroforetice a confirmat în compoziția Av, în afară de apamină și melitină, 10 grupuri de fosfolipaze și 10 grupuri de hialuronidaze.

În ultimul timp HOBBERMAN (Germania) a cercetat un nou peptid extras din Av, denumit P-401 și care, spre deosebire de melitină și fosfolipaza A, este conținut în cantitate foarte mică și este compus din 22 de aminoacizi, degradând unele structuri celulare și augmentând permeabilitatea vaselor dermice. După acest autor se presupune că efectul antireumatic al Av s-ar datora acestei relații.

Cantități foarte mici pătrunse în organism pot modifica starea funcțională a capilarelor sangvine prin intermediul fracției apaminice.

Melinina nu modifică reactivitatea capilarelor, dar poate fi un factor hemolitic puternic.

Cercetări anterioare au stabilit că Av acționează pe de o parte ca inhibitor al sistemului nervos, iar pe de altă parte ca stimulator al glandelor suprarenale.

Tratamentul afecțiunilor reumatismale ale aparatului locomotor constituie o problemă importantă. Efectele terapeutice ale Av sunt puse în relație fie cu acțiunea directă a Av, fie indirect prin declanșarea unor reacții pe diferite axe biologice hormonale cu favorizarea secreției hormonale de tip ACTH sau corticoid.

Căutarea unor mijloace eficiente pentru tratarea pacienților cu artroze, artrite, radiculalgii, nevralgii, sciatalgii sau reumatisme articulare a dus la folosirea Av în practica reumatologică sau neurologică.

Cercetătorul francez LERMITTE a demonstrat că Av acționează direct asupra terminațiilor nervoase periferice și asupra vaselor mici pe care le dilată atunci când este administrat local. De asemenea, așa cum am arătat mai sus, Av stimulează corticosuprarenala (CSR) și mărește cantitatea de acid ascorbic în această glandă eliberând cortico-steroidi.

Alți autori emit ipoteza că Av îi este proprie o acțiune antiinflamatorie, antiexudativă și desensibilizatoare, deci acțiuni similare hormonilor steroizi.

Efectul analgetic al Av poate fi legat de o acțiune ganglioplegică și de normalizare asupra funcției de adaptare a sistemului hipotalamo-hipofizo-suprarenal.

*

În scop terapeutic Av se folosește fie direct prin înțepătura de albină, fie prin extracte purificate foliate în injecții intradermice, fie prin unguente sau loțiuni în aplicare locală.

Av se mai folosește prin proceduri fizioelectroterapice cu ajutorul galvanonoterapiei sau ultrasonoforezei, adică prin traversarea soluției cu Av prin pielea intactă (transdermal) folosind curentul electric continuu sau acțiunea ultrasunetelor.

Prin ingerarea (per os) a Av sau a componentelor sale, nu se produce nici un efect, fiind foarte sensibil la acțiunea fermenților digestivi, în final fiind distrus de flora intestinală.

Av prezintă numeroase avantaje față de alte medicamente. Notăm, în primul rând, acțiunea sa rapidă asupra organismului și diferența semnificativă între doza medicamentoasă utilă, doza toxică sau cea letală. Doza toxică este de 10 ori mai mare decât cea utilă, iar doza letală de sute de ori decât cea utilă.

Sensibilitatea organismului față de Av este variabilă și inconstantă. Din acest punct de vedere ea diferă de la individ la individ, fiind în general mai crescută la copii, femei și la persoanele în vârstă.

Sunt și persoane hipersensibile la Av. Apicultorii sunt refractari la înțepăturile cu venin. Rezistența obținută de apicultori la Av nu se bazează pe formarea de anticorpi, ci pe modificări enzimatică care duc la neutralizarea Av.

Metodologia aplicării tratamentului apiterapic

I. Cel mai simplu procedeu este „înțepătura” de albină. Albina se aplică pe piele cu ajutorul unei pensete, după ce pielea a fost spălată cu apă caldă și săpun. Nu se folosește alcoolul, care se pare că neutralizează unele principii active ale Av. Se aplică timp de 10 zile, se începe cu o singură înțepătură, apoi se crește cu câte o înțepătură mai mult pe fiecare zi, timp de 10 zile. După o pauză de 5-7 zile se poate repeta urmând aceeași procedură pe articulația sau zona afectată.

II. Al doilea procedeu utilizat constă din infiltrații intradermice cu Av. Veninul de albine purificat și fiolat se administrează intradermic, asigurându-se un tratament individualizat după caz.

Preparatul apiterapic fiolat (Apivene, Forapin, Verapin, Apitoxină, Apitrat, etc.) se dizolvă în momentul aplicării într-o soluție de ser fiziologic sau apă distilată și se injectează intradermic în doze mici (0,1-0,2-0,3 ml) pe articulația sau zona afectată.

Soluția nu se prepară cu prea mult timp înainte, căci ea se modifică și își pierde din proprietăți.

Dr. SAINÉ afirmă că rezultatul aplicării Av direct prin înțepătura albinei este mai eficace decât acela obținut prin aplicarea unor infiltrații cu Av cristalizat sau liofilizat, deoarece prelucrările necesare cristalizării fac ca anumite substanțe utile să se volatilizeze și în felul acesta anumite legături din lanțurile structurale se rup, reducându-se eficacitatea terapeutică.

Av poate fi folosit cu bune rezultate ca microinjecții în aplicare pe punctele clasice de acupunctură situate pe meridianele respective, în tratamentul diferitelor nevralgii sau radiculalgii de tip reumatismal, în special în sciatalgiile radiculare și lombosciaticile discopatice, grave sau puțin influentate de terapia medicamentoasă sau fizică cunoscută.

În procedura care folosește microinfiltrarea intradermică *loco dolendi* a Av (algopunctura apiterapică), rezultatele pozitive nu au depășit 60-65% în cercetările noastre, față de 80% obținute prin așa zisă apiterapia acupuncturală, adică injectarea Av în punctele clasice de acupunctură de pe meridianele chinezești.

Am folosit în aplicarea metodei de mai sus produsul francez Apivène – o soluție aseptică de Av – injectând într-o ședință o fiolă de 1 cm³ ce reprezintă 0,08 unități convenționale.

Se pot efectua 5-6 ședințe acupuncturale distanțate în intervale de 2-3 zile; în general 2 pe săptămână.

După unii cercetători asociați, este necesar ca după microinfiltrări acele să fie menținute pe loc câteva minute, fără a fi manipulate.

Apiterapia acupuncturală cumulează pozitiv atât acțiunea specifică Av cât și pe acelea reflexoterapică a practicii acupuncturale orientale.

Folosirea pomadei (unguentului) sau linimentului cu Av

Av se poate utiliza și sub formă de aplicații locale sau frecții sau chiar masaje locale.

Unguentele sunt compuse din Av pur, vaselină și acid salicilic. Se mai pot adăuga și alte componente ca mentol sau capseicină.

Produsele existente cu diferite denumiri comerciale – Apivenin (România), Forapin (Germania), Veropin (Cehia) etc. – pot fi întâlnite ca unguente, geluri sau linimente.

Rezultatele terapeutice a acestora ca adjuvante sunt satisfăcătoare.

Cu titlu de curiozitate arătăm că Av a fost și este folosit și în homeopatie de peste 100 de ani. Practica homeopatiei folosește Av sub denumirea de APIS, sub formă de granule, administrate într-o serie de afecțiuni, prin procedeu sublingual, grație capacității de absorbție a mucoasei bucale.

Apiveninul în folosirea electrofizioterapică

Ionoforeza este o metodă care asigură pătrunderea intradermică a substanțelor medicamentoase prin intermediul curentului electric continuu. Astfel se pot introduce, prin traversare cutanată, a diferitelor medicamente.

Prin ionoterapie medicamentul se introduce în organism prin pielea intactă. BERKININ afirmă că „dintre toate procedurile de introducere a medicamentelor prin piele, cea mai bună este ionoforeza, care se bazează pe disociația electrolitică”.

Această metodă nu produce nici o senzație desagregabilă, ci numai o ușoară hiperemie la locul supus ionoforezei cu Av.

Actualmente, la reumatici, tratamentul se face în „complex terapeutic”, care poate cuprinde: tratamente locale, tratamente pe cale generală, etc. Însoțite, după caz, de metode de recuperare funcțională sau readaptare gestuală și profesională.

Evoluția recuperării în ceea ce privește reluarea mobilității articulare și o refacere a structurilor intra și periarticulare a fost mai bună, după experiența noastră, la pacienții cărora li s-a aplicat și ultrasonoforeza cu liniment sau pomadă cu Av, putându-se aplica cu randament și proceduri de chimioterapie activă sau pasivă.

Ultrasonoforeza cu pomadă sau liniment cu Av, tip Forapin, poate fi considerată ca o metodă adjuvantă prețioasă în tratamentul afecțiunilor reumatismale degenerative și/sau inflamatorii, cu rol foarte important în pregătirea articulațiilor afectate sau a coloanei vertebrale (în VA) cu scop de recuperare funcțională locomotorie a pacienților deficienți potențial sau evident.

Afecțiunile reumatismale care răspund cel mai bine la tratamentul apiterapic sunt ostartrozele periferice, ostartrita, fibromiozitele, tendinitele, tenosinovitele, afecțiunile degenerative și inflamatorii ale coloanei vertebrale, forme de reumatisme, abarticulare (periartrita S.H. sau de șold, etc.), discopatiile vertebrale cu nevralgii sau radiculopatii de sciatic sau cervico-brachiale, zone cu deficit motor (pareze).

Contraindicațiile tratamentului cu Av: formele acute sau acutizate ale afecțiunilor sus amintite, reacțiile inflamatorii de orice fel, tromboflebitele active, etc. Se înțelege că infecția TBC activă și SIDA, precum și diabetul zaharat sunt contraindicații evidente.

Tratamentul cu Av nu trebuie considerat ca un panaceu pentru orice formă de afecțiuni reumatice, ci ca un adjuvant prețios care poate pregăti pacientul pentru acțiunea de recuperare funcțională și care poate argumenta acțiunea medicației antiinflamatoare și antireumatice moderne, cu scăderea dozelor administrate.

TRATAMENTE PROFILACTICE ȘI TERAPEUTICE CU PRODUSE ALE STUPULUI ÎN GERIATRIE ȘI GERONTOLOGIE

Dr. Romeo TEODORESCU*

În complexul natură-om-natură ca și în procesele alternative de perturbare și remediere a acestui ciclu se asigură geneza, dezvoltarea și reproducerea pe pământ.

C.I. PARHON observa cu multă dreptate că la mulți oameni nu există concordanță între vârsta calendaristică și cea biologică. Cu alte cuvinte, vârsta individului înscrisă în buletinul de identitate nu se potrivește cu cea biologică a aceluiași organism (starea morfofuncțională a organismului în raport cu anii de viață, așa-zisă aparentă).

Prin faptul că omul trebuie privit ca „ființă socială” – pentru că trăiește, în primul rând, într-un mediu social – cazurile de îmbolnăvire trebuie căutate mai mult în ambianța socială care a devenit, în stadiul actual al civilizației noastre, înlocuitorul artificial al cadrului din natură.

Sistemul organism-ambianță se află în echilibru atâta timp cât organismul este capabil să prelucreze toate solicitările, adică „informațiile” provenite din ambianță. Dacă nu mai izbutește să o facă se produc schimbări – mai mult sau mai puțin puternice – în stările sale funcționale, care se abat de cele normale luând un caracter patologic.

Boala merge, de cele mai multe ori, paralel cu o modificare a randamentului subiectului, înțelegând, prin randament, capacitatea de adaptare la ambianță și capacitatea de a munci.

Gerontologia, ca știință care se ocupă cu studiul procesului natural (sau normal) de îmbătrânire, are ca obiect urmărirea legilor de dezvoltare a acestui proces. Geriatria este „medicina bătrâneții”, ocupându-se de studiul bolilor bătrâneții și tratamentul acestora.

Prin bătrânețe – în concepția școlii românești de geriatrie – se înțelege etapa fiziologică care încheie ciclul de viață al omului. În mod normal aceasta se instalează în jurul vârstei de 60 de ani, procesul de involuție a organismului fiind mai mult sau mai puțin armonios între diferitele țesuturi și organe. Un studiu (Henning FRUS), asupra unui grup de populație aflată în perioada imediat următoare pensionării, a arătat că, pentru a avea o stare de sănătate cât mai bună, vârstnicii trebuie să-și continue munca în ritmul și intensitatea obișnuită atâta timp cât pot. Rezultă astfel că îmbătrânirea organismelor și adaptarea acestora la un alt mediu depinde de numeroși factori: biologici, economici, sociali, psihologici etc.

Aceasta înseamnă că la o persoană din grupa de vârstă a III-a starea de suferință se poate naște și dintr-o insuficiență a capacității de adaptare a

*Dr. Romeo TEODORESCU a fost, în întreaga sa activitate medicală, un susținător și cercetător înverdat pentru promovarea apiterapiei la vârsta a treia.

organismului la solicitările ambianței sale naturale și sociale, din neputința organismului de a contracara - „cu anumite conexiuni inverse” – perturbațiile care sunt determinate de ambianță.

Transformările fizio-patologice ale omului în procesul de îmbătrânire sunt însoțite de o serie de modificări morfologice, psihologice etc., rezultatul acestui proces constituind, de fapt, bătrânețea.

Referitor la ritmul de îmbătrânire trebuie să subliniem faptul că bătrânețea traduce un eșec al organismului față de cauzalitatea internă și externă. Ritmul de îmbătrânire depinde de numeroși factori, dintre care cei genetici, ecologici și patologici se pare că își aduc aportul cel mai substanțial.

Cercetările de biologie moleculară au demonstrat că mutațiile genetice tulbură profund biochimia și fiziologia celulei și, în general, tot ritmul de îmbătrânire a organismului. Se consideră (V. FROLKIS) că durata vieții este condiționată de ritmul și gradul de dereglare a metabolismului, precum și de vitalitatea mecanismelor de adaptare a omului.

Din punct de vedere social, fenomenele de îmbătrânire demografică provoacă importante consecințe asupra profilului patologiei populațiilor, cu repercusiuni directe asupra structurii morbidității și mortalității, ceea ce, pentru statele respective, necesită noi metode de tratament și instituții de asistență medicală specializată.

Involuția organismului începe încă din fragedă copilărie (sau tinerețe) și se materializează printr-un complex de modificări biofizice și biochimice care se produc în interiorul organismului cu mult înaintea bătrâneții. După C.I. PARHON, procesul de îmbătrânire începe încă din perioada embrionară, deoarece țesuturile suferă un proces continuu de deshidratare, încă din primele faze ale vieții.

După vârsta de 15 ani se observă primele modificări ale aortei, dar și la discurile vertebrale, la cartilajii etc. Pe parcursul vieții diferitele organe și sisteme ale organismului contribuie fiecare, cu deficiențele lor, la apariția incipientă sau tardivă a bătrâneții, față de anii calendaristici pe care îi avem.

Practic, vorbim de o îmbătrânire normală fiziologică-biologică sau ortogerie, care se instalează mai mult sau mai puțin armonios în jurul vârstei de 60 de ani la populația țării noastre. Mai delimităm și termenul de „orar de îmbătrânire”, înțelegând prin aceasta momentul apariției stigmatelor de senescență la nivelul unui organ sau țesut.

Modificările glandelor cu secreție internă joacă și ele un rol important în procesul de îmbătrânire, dintre care tiroida și suprarenala se pare că au un rol primordial (C.I. PARHON). Dintre organele de simț, ochiul, după vârsta de 45 de ani, prezintă primele acuze: prezbiopia. Francezii socotesc apariția gerontoxonului la 60 de ani ca semn patognomonic care marchează apariția bătrâneții.

Forța musculară la 60 de ani este pe jumătate din cea de la 25 de ani; între 50-60 se atenuază și funcțiile gustative, iar surditatea înregistrează primele semne de scleroză ale urechii interne. Cei mai mulți autori atribuie arteriosclerozei rolul primordial în procesul de îmbătrânire prematur, MEDVEDOV susținând că și biosinteza proteinelor specifice reprezintă o cauză favorizantă a îmbătrânirii premature. Firește, persoanele bolnave de anumite afecțiuni cronice sau cei care moștenesc stări nefavorabile de la antecesorii, îmbătrânesc mult mai repede.

Persoanele care fumează, care consumă alcool și care, în general, duc o viață dezordonată își grăbesc singuri ritmul de îmbătrânire. E. GREPI susține că posibilitățile pentru munci fizice încep să scadă în jurul vârstei de 40 de ani, cele sociale după 60 de ani, cele intelectuale după 70 de ani.

Problemele alimentației la vârsta a treia reprezintă un capitol crucial în aprecierea parametrilor gerontologici specifici acestei perioade, concluziile școlii românești geriatrice evidențiind faptul că 64,3% din marii longevivi (centenari) au consumat pește, iar 67,0% erau pescari și ciobani care au trăit și muncit în aer liber, fără un ritm de muncă impus, ceea ce le permitea condiții de odihnă activă. Între raportul alimentație-muncă se interpune totuși și nivelul economic, cultural, sanitar, factori psihologici etc. Numeroase studii longitudinale de gerontologie din lume au arătat că regiunile cu populație longevivă (Abhazia de exemplu) dispun de o hrană bazată, în principal, pe săruri minerale și vitamine furnizate de legume și fructe consumate în tot timpul anului (usturoi, ceapă verde – alimente ce conțin fitoncide –, substanțe care distrug germenii patogeni, precum și roșii, vinete, castraveți, etc.), în timp ce consumul de carne este redus. În alimentația lor un rol important îl are și uleiul de nucă ce conține un acid care elimină colesterolul din organism, în zona respectivă consumându-se mămăligă și mari cantități de produse lactate. Mierea a eliminat complet zahărul din alimentația abhazilor.

Ca adepți ai medicinei naturiste, colectivul medical al Centrului medical de apiterapie a acordat, în cadrul activității gerontologice și geriatrice, o atenție deosebită produselor stupului de albine în prevenirea sau combaterea unor maladii și anume la acele cazuri la care s-a considerat că medicina bazată numai pe substanțe chimice, poate uneori dăuna mai mult stării de sănătate, decât a fi oportună acestora.

Mai trebuie să precizăm că majoritatea produselor apicole (miere, polen, lăptișor de matcă, apilarnil etc.) constituie prin compoziția lor complexă nu numai surse prețioase de alimentație, ci și medicamente utile, cu un profund caracter profilactic și de natură curativă, în fapt pentru toate grupele de vârstă ale omului.

Reunind o multitudine de substanțe nutritive și principii active ale plantei, produsele albinei s-au înscris încă de la începuturile preistoriei în rândul practicilor naturale folosite pentru completarea hranei și apoi pentru combaterea și prevenirea durerii și altor suferințe ale omului.

Astfel, mierea a fost folosită din străvechi timpuri în Orient, ca aliment nutritiv, iar în scopuri medicale și farmacologice în special în medicina budhistă (India) și în farmacologie și medicină în China.

Se afirmă (A. MAURIZIO) că efectul stimulator al mierii nu se datorează numai conținutului său bogat în zaharuri direct asimilabile și enzime, ci și prezenței unei substanțe identice cu acetilcolina. Mierea are o mare capacitate calorică (1 kg = 4000 calorii) și un conținut bogat în acizi organici importanți în metabolisme, vitamine și multe minerale (normo și oligominerale) cu efecte reglatoare a presiunii osmotice, echilibrului acido-bazic, precum și activității enzimatice.

Polenul este un energo-vitalizant de excepție, având foarte multe indicații medicale benefice. Este utilizat cu succes în vindecarea mai rapidă a plăgilor, afecțiuni dentare (datorită vitaminei C din compoziție), ca și în cazurile de

fragilitate vasculară, foarte frecvent întâlnită la persoanele care depășesc 60-65 de ani, datorită conținutului în vitamină PP.

Polenul – în diferite preparate – ajută nemijlocit la depunerea calciului în oase, absolut la toate vârstele și contribuie la vindecarea și consolidarea fracturilor. Datorită calităților bacteriostatice și bactericide, a dat bune rezultate în tratamentul diferitelor plăgi la bătrâni (R. CHAUVIN). Utilizat – în practica noastră – în denutrițiile proteice de origine gastrică și în sindromul de absorbție la bătrâni cu bune rezultate, a oferit satisfacție (90% ameliorări/sau vindecări) și în gastritele hiperacide, maladia ulceroasă și stenoze ale pilorului, pe lângă hepatite cronice, colite și stări alergice la bătrâni.

Apilarnilul, prin compoziția sa, a demonstrat calități deosebite de produs biologic activ, obținându-se rezultate încurajatoare în sechelele post infarctice și în cazurile de anghină pectorală, singur sau în combinație cu produsele specifice bolilor de inimă: Corinfar, Miofilin, Nitroglicerina etc. Acționând asupra procesului stimulator al circulației sangvine la nivelul periferic, contribuie la amplificarea oxigenării celulare și la mărirea schimburilor nutritive. Iată de ce acest produs este indicat în cazul spasmelor arterelor coronariene și în cazul hipertensiunii arteriale esențiale (pe lângă medicația specifică cordului bolnav). Produsul stimulează absorbția la nivelul tubului digestiv al persoanelor în vârstă, datorită principiilor nutritive pe care le conține, compensând malnutriția. Administrat singur sau în combinație cu medicația specifică, a dat bune rezultate la bătrânii care prezintă un tranzit intestinal lent.

Propolisul, prin proprietățile sale antifungice și antibacteriene, a fost utilizat de noi în tratarea diferitelor plăgi (cicatrizant și antiseptic ideal) și în afecțiuni dermatologice (eroziuni, eczeme, ulceratii, escare, tricofitii etc.), ca și forma de psoriazis, arsuri, degerături (în asociere), neurodermite, pruritul bătrânilor. Aceleași bune rezultate s-au obținut în tratamentul combinat cu miere-propolis și polen (S. ROMAN).

Lăptișorul de matcă – prin conținutul său complex, datorită destinației sale de factor hrănitor al tinerelor larve ale albinelor – prezintă și o puternică acțiune bactericidă și bacteriostatică. Acest fapt îl recomandă în foarte multe afecțiuni: boli ale cavității bucale, afecțiuni acute ale căilor respiratorii superioare, astm bronșic, plăgi ș.a.

În amestec cu miere (1%) produsul este și mai eficace. Majoritatea cercetătorilor au obținut rezultate foarte bune atât la tineri cât și la vârstnici, la distrofici, astenici și, în principal, la bătrânii care încetau să mai mănânce.

În activitatea noastră, în profilul geriatric, lăptișorul de matcă a fost întrebuințat la bătrâni în angor pectoris, hipertensiune arterială, spasme ale arterelor coronare, endarterite obliterante și în foarte multe afecțiuni ale pielii, obținându-se rezultate foarte bune.

Veninul de albine acționează asupra terminațiilor nervoase periferice, ca și a vaselor mici pe care le dilată. Personal, consider că în consultațiile obișnuite este bine să se recomande în cantități foarte mici la primele consultații, pentru a nu avea surpriza unei reacții alergice la unii pacienți. Veninul suprimă pentru o

perioadă destul de îndelungată durerile în cazul bolilor reumatismale (Ch. MRAZ), reduce inflamațiile articulare la bătrâni (V. MLADENOV), ca și durerile provocate de arsuri, în stările post operatorii și chiar durerile provocate de cancer. Acest produs al albinei stimulează în același timp procesele metabolice și ajută la sudarea mai rapidă a fracturilor.

Studiul nostru privind efectele apiterapiei în prevenirea și combaterea unor boli la vârsta a treia a cuprins o strategie și o tactică adecvate acestui scop, concretizat printr-o acțiune de dispensarizare a populației în grupa de vârstă 45-60 de ani și 60-75 de ani, precum și tratamentul acestora cu produse apiterapice pentru prevenirea și combaterea unor boli manifestate la aceste grupe.

Fixarea eșantioanelor la grupele sus-menționate a cuprins:

- 1) Oameni sănătoși – corespunzător vârstei lor calendaristice;
Persoane care prezentau primele vestigii de îmbătrânire precoce;
Persoane care prezentau fenomene de îmbătrânire întârziată;

- 2) Bolnavi cu boli cronice în faza de debut a acestora;

- 3) Bolnavi cu boli deja instalate, verificate și prin examenele de laborator necesare;

- 4) grupa 45-60 de ani – persoane în activitate și persoane urmărite timp de doi ani, imediat după pensionare;

- 5) grupa 60-75 de ani – eșantionul a cuprins, în principal, bolile specifice grupei respective: maladii ale cordului și vaselor, afecțiunile sistemului nervos și endocrin, bolile tractului endocrin, bolile nervoase și psihice, afecțiunile tegumentelor, reumatismele degenerative etc.

Consultațiile au presupus: examen clinic general, examinări de laborator, baterii de texte psihologice, examinări complementare efectuate și de alți specialiști, studii sociologice etc.

Aprecierea vârstei biologice s-a conturat prin precizarea diagnosticului la persoana cercetată; tipul de sistem nervos; grupa sangvină a pacientului; ocupația înainte de actul pensionării; maladiile de care a suferit în tinerețe și care i-ar fi putut influența starea de sănătate în momentul în care a fost luat în evidență; dacă a suferit operații și care anume; ce regim alimentar a consumat; dacă în timpul perioadei active a lucrat în locuri de muncă cu noxe și care au fost acestea; dacă în momentul luat în dispensarizare era singur sau mai avea familie și care erau condițiile concrete de trai; dacă înainte de pensionare a practicat exerciții fizice și dacă mai practică după data pensionării; posibilitățile financiare ale individului; condițiile de igienă ale locuinței – după declarațiile dispensarizatului sau dacă locuiește în cămin de bătrâni, din ce parte a țării provine cel dispensarizat (zonă de munte, deal, șeș); tipul de sistem nervos; cum își petrece timpul liber; câte ore din timpul unei zile lucrează, se odihnește sau prestează alte activități etc.

Grupa de vârstă 45-60 de ani a cuprins 100 de persoane dintr-o fabrică de produse textile din București (Arta Modei).

Studiul respectiv ne-a arătat că involuția anumitor sisteme și organe nu este absolut uniformă după perioada de 15-20 de ani de muncă; examenele clinice efectuate au fost completate cu ajutorul unor specialiști în afară de medici interniști și au cuprins examinări biochimice de laborator, probe funcționale,

radiografii, scintigrame, EKG, EEG sau alte investigații în funcție de specificul fiecărui caz.

Metoda utilizată a fost studiul longitudinal de timp de 10 ani (informații suplimentare ne-au furnizat și familiile celor dispensarizați, precum și serviciile de personal din fabrica respectivă sau alte foruri), pentru a stabili cât mai corect modul cum mediul ambiant a putut influența starea de sănătate a celui examinat.

Îmbătrânirea organismelor la această grupă de populație ne-a arătat o diferențiere semnificativă între bărbați și femei.

Menopauza la femei și andropauza la bărbați a constituit momente de dereglare în buna funcționalitate a organismului acestora. Munca într-un climat cu multe noxe (pulberi, praf), munca repetitivă la banda rulantă, mișcări rapide pe unitate de timp redusă în procesul de muncă, mediu cu coloranți, impurități, zgomot, trepidații etc. La organisme mai debile au constituit cauze sigure de îmbolnăvire și respectiv îmbătrânire prematură.

Grupa de vârstă 60-75 de ani a cuprins doar 50 de cazuri, pentru că nu am avut posibilitatea să investigăm unele organe prin diferite analize de laborator specifice.

Se poate spune totuși că la această grupă de vârstă sistemul nervos și endocrin a constituit principalul sistem care a influențat toate celelalte din organism în involuția precară a organismelor.

Bolile specifice bătrâneții cum ar fi: hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică, anghina de piept, arterioscleroza, bolile degenerative ale articulațiilor sau pielii, ca și bolile tractului digestiv s-au întâlnit cel mai frecvent.

Rezultatele statistice pe grupe gnoseologice de afecțiuni

Afecțiunea	Grupa 45-60 de ani (femei, bărbați)		Grupa 60-75 de ani (femei, bărbați)	
	vindecări	ameliorări	vindecări	ameliorări
cardiovasculare (HTA, tulburări ale circulației, angor pectoris, sechele post infarct)	78%	22%	68%	32%
pulmonare (laringo-traheite, bronșite, astm bronșic etc.)	80%	20%	75%	25%
digestive (ulcere, colite, deschinezii biliare, colecistite cronice, gastrite hiper sau hipoacide etc.)	90%	10%	70%	30%
ale sistemului nervos central și periferic (nevroze astenice, stări depresive, fenomene ale îmbătrânirii precoce etc.)	95%	2%	76%	24%
dermatologice (escare, arsuri, eczeme, avitamonoze etc.)	98%	2%	80%	20%
reumatismale și varia	80%	20%	66%	34%
endocrine				
oftalmologice				

Trebuie să specificăm totodată, că, în afară de aplicarea medicației naturiste cu produsele Apilarnil, lăptișor de matcă, polen, păstură etc., noi am

adăugat la tratamentele respective și unele medicamente strict necesare maladiei de bază, contribuind și acestea la vindecarea sau ameliorarea bolilor mai sus menționate, însă în principal medicația a fost naturistă.

Dintre medicamentele folosite aș enumera Apilarnilul, care s-a dovedit un bun energostimulent general și un activator biologic, având următoarele indicații în principal: în debilitatea fizică generală (la persoanele de vârstă de 45-60 de ani); în astenii; în stări de denutriție; în stările de convalescență post operatorie; osteoporoză; în tulburările de climacteriu la femei; în astenia sexuală, în special la bărbați; în surmenajul fizic și intelectual la persoanele care au lucrat, în general, în mediu cu noxe; în îmbătrânirea precoce; dar și ca tonic general la persoanele care prezentau tulburări ale metabolismului.

Din punct de vedere chimic Apilarnilul conține un raport armonios natural de substanțe biologice active, cum ar fi: proteine 35% (incluzând toți aminoacizii esențiali), glucide 20%, în care predomină fructoza, lipide 20%, în care predomină fosfolipidele și compușii sterolici, săruri minerale și oligoelemente, în principal calciu, magneziu, fier, fosfor, cupru, mangan etc. și vitamine importante: betacaroten, riboflavină, acid nicotinic, colină, tiamină, etc. Alături de aceste substanțe vitale, mai conține fermenți, enzime precursori hormonal androgeni, substanțe aromatice, substanțe cu rol bactericid, gamaglobulină, etc.

Lăptișorul de matcă adăugat Apilarnilului a potențat simțitor efectul benefic al acestui medicament.

Celelalte produse apiterapeutice au fost demonstrate de alți cercetători cu rezultate remarcabile în cadrul Policlinicii de apiterapie.

Concluzii generale

Produsele apiterapeutice au un rol important în prevenirea sau combaterea multor maladii, iar utilizarea acestora nu prejudiciază nici un organism.

Fiecare individ își are particularitățile sale morfofuncționale psihologice și de stare fizică diferită, chiar față de grupa de vârstă din care face parte. Îmbătrânirea organismelor, ca organe sau sisteme, diferă de la individ la individ și aceasta este influențată nefavorabil, dacă mediul ambiant este necorespunzător (inclusiv mediul familial).

Problema alimentației la bătrâni joacă un rol hotărâtor pentru menținerea unei bune funcționalități a tubului digestiv. Aceasta îmbracă un caracter adaptabil corespunzător vârstei biologice și nu vârstei sale calendaristice.

Viața a demonstrat, în decursul timpurilor, eficacitatea produselor stupului, a mierii și a derivatelor sale, la mai toate popoarele lumii în însănătoșirea și tonifierea organismului uman, ca și utilizarea terapeutică a acestora în numeroase preparate naturale.

Conținând o mulțime de substanțe nutritive și principii active, produsele apiterapeutice trebuie să-și găsească un loc tot mai important în alimentația rațională a semenilor noștri în general și în special la vârstnici.

Produsele apiterapice (mierea, polenul, propolisul, lăptișorul de matcă, Polenolecitin, Apilarnil) sunt lipsite de nocivități și pot fi utilizate independent sau în asociere cu alte produse farmaceutice pentru prevenirea bătrâneții și vindecarea unor boli.

După vârsta de pensionare, efectuarea unor munci fizice sau cu un potențial psihic moderat contribuie efectiv la prelungirea vieții.

Indicațiile Organizației Mondiale a Sănătății de a se trece de urgență la schimbarea felului de alimentație atât în țările civilizate cât și în țările din lumea a treia, și înlocuirea unor medicamente sintetice care se consumă de multe ori exagerat, trebuie să ducă implicit „la umanizarea vieții cotidiene”, pentru că pe măsura creșterii progresului tehnic este neapărat necesar ca omul să nu uite să utilizeze acele practici care-i sunt naturale și care-i pot prelungi și consolida starea de sănătate.

PRODUSE APITERAPICE ROMÂNEȘTI

realizate la Institutul de Cercetare și Dezvoltare Apicolă (2002)

Produse nutritiv-dietetice tonice energovitalizante

Polen granule
Lăptișor de matcă (drajeuri)
Lăptișor de matcă (lîofilizat)
Miere cu lăptișor de matcă
Miere cu propolis 2%
Miere cu extract frangula
Revipol
Polenapin
Epovital
Melcalcin
Polenolecitin
Vifort

Seria Meltonic

Tonic general
Tonic „Executive”
Tonic circulator
Tonic cardiovascular
Tonic respirator

Tonic gastric
Tonic digestiv
Tonic hepato-biliar
Tonic renal
Tonic al sistemului nervos

Seria Meltonic T

Tonic cardio
Tonic digestiv
Tonic hepatic
Tonic renal
Tonic antistres
Tonic respirator

Produse apiterapeutice medicamentoase

Tinctura de propolis
Proposept
Propoderm
Propolis spray
Apireven

”Desigur că lucrarea ce o prezentăm a căutat (și prin coordonatorul său) să aibă un caracter cât mai cuprinzător al experienței clinice aplicative în primul rând, existând, totodată, și convingerea sinceră că nu a putut acoperi și parametrul exhaustivității. Ea reprezintă un bilanț de etapă în gândirea, precuparea și experiența medicală a unui grup care și-a focalizat interesul profesional și științific pe parcursul unui timp îndelungat de practică de profil și care a susținut și susține încă amprenta unicității în țara noastră (pe lângă aceea a unor priorități mondiale) și care a „trăit” unele aspecte ale efectelor biomedicale asupra organismului uman și care a „observat” limitele și posibilitățile reale ale zonei de medicină naturistă ce definește apiterapia.

Prin consemnarea experienței câștigate și a datelor cumulate, în timp, în această zonă a medicinei naturiste, în care apiterapia își are locul său firesc, volumul de față – rod al unei preocupări românești și al muncii sincere a unui colectiv de cercetare medicală prestigios multidisciplinar, desfășurată într-o perioadă de timp cu tradiție – dorește să constituie un bilanț „de etapă”, care să includă – cel puțin parțial – trecutul muncii de profil apiterapic; de asemenea, să contureze pentru viitor o condiție de continuitate – poate mai fructuoasă – a străduinței științifico-profesionale de sorginte românească.”

Din prefața dr. Constantin NEACȘU