săptămâna
MEDICALĂ
Anul XVII • Nr. 270 • martie 2022
4.75 lei

Cataracta

Retinopatia diabetică

Dermatita atopică

Terapia cu ozon

Tuberculoza în era COVID -19

Unde începe misiunea post COVID a pneumologului 21
Iradierea pulmonară cu doze reduse 22
Cum poți regla tranzitul intestinal? 24
Cum a influențat SARS-CoV-2 bolile pulmonare? 20
Actualități în hipertensiunea arterială 27

5 948377 000122 00270

A V-A EDIȚIE A CONFERINȚEI NAȚIONALE

SUB EGIDA AECR

ENDOCRINOLOGIA
O ALTĂ ABORDARE

18-19 MARTIE 2022

COORDONATORI ȘTIINȚIFICI:

Conf. Univ. Dr.
Diana Loreta PĂUN

Conf. Univ. Dr.
Adina GHEMIGIAN

www.conferințemedicale.ro

ASRMN
ASSOCIATION FOR RENAL, METABOLIC AND NUTRITIONAL STUDIES

2022 INTERDIAB

HYBRID March, 3rd-5th, 2022

8th International Conference on Interdisciplinary Management of Diabetes Mellitus and its Complications

DIABETES MELLITUS - INTERFERENCES IN INTERNAL MEDICINE

Event Management:
MEDIA MED PUBLICIS

International Comprehensive Shoulder & Elbow Course

Shoulder instability & Distal humeral fractures

HYBRID EVENT

March 11-12, 2022
Timisoara, Romania

eventsdesign.ro/**srcuc**

SRCUC

EVENT
CME Credited

professional congress organizer ED EventsDesign

Abordarea inovativă cu terapii biologice în astmul bronșic

În acest moment, recomandarea la nivel internațional este ca pacienții cu astm să nu întrerupă tratamentul în contextul pandemiei COVID-19. Pacienții cu astm sever sunt candidați la a avea multiple exacerbări severe ce pot necesita tratament cu corticoterapie sistemică și sunt însoțite de afectarea funcției ventilatorii. Verificarea nivelului de control al astmului este un obiectiv principal în abordarea schemei terapeutice a pacientului cu astm, conform ghidului GINA.

Definirea dozelor mari de corticoterapie inhalatorie se face în relație cu vârsta pacientului. Pentru pacienții cu vârste între 6 și 12 ani, dozele mari de corticosteroizi inhalatori înseamnă administrarea zilnică a ≥ 800 mcg beclometazonă sau corticosteroizi inhalatori în doze echivalente. Pentru copii mai mari de 12 ani și adulți, sunt necesare doze zilnice ≥2000 mcg beclometazonă dipropionat sau doze echivalente de corticosteroizi administrați pe cale inhalatorie.

Adulții și copiii cu vârsta de peste 6 ani cu astm bronșic sever care sunt confirmați cu astm alergic IgE dependent și necontrolat în ciuda terapiei farmacologice maximale pot primi indicație de administrare de anticorp monoclonal anti-IgE.

Mecanismele fiziopatologice complexe ce susțin astmul sever au suscitat interes prin abordarea inovativă utilizând și alte terapii biologice. Aceste tratamente personalizate ce vizează reducerea componentei inflamatorii sunt bazate pe molecule precum: anticorpi anti IL-5, anticorpi monoclonali anti IL-5Rα pentru astmul sever hiperenzinofilic, anticorp anti IL-4. Beneficiile s-au raportat la reducerea numărului de exacerbări, la reducerea numărului de zile ce au necesitat administrare de terapie cortizonică sistemică, îmbunătățirea calității vieții, reducerea simptomelor și îmbunătățirea funcției ventilatorii.

Prof. Dr. Roxana Maria Nemeș,
Președinte al Societății Române de Pneumologie

Abonament la revista Săptămâna Medicală

săptămâna MEDICALĂ

Vă rugăm să trimiteți solicitarea dumneavoastră pe adresa: redactie@finwatch.ro sau la tel/fax 021 321 6123. Vă mulțumim!

săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Cataracta 4
Retinopatia diabetică 6
Să ne ajutăm, ca să putem ajuta 8
Dermatita atopică: produse vitale vs nocive 10
Tuberculoza în era COVID -19 14
Reabilitarea respiratorie post-COVID-19 - o abordare holistică 18
Cum a influențat SARS-CoV-2 bolile pulmonare? 20
Unde începe misiunea post COVID a pneumologului 21
Iradierea pulmonară cu doze reduse 22
Terapia cu ozon 23
Flux mare de oxigen pe canulă nazală (HFNC) în pneumonia cu virus SARS-Co-V2 24
Cum poți regla tranzitul intestinal? 26
Îmbătrânirea cardiovasculară și „longevitatea” 28
Actualități în hipertensiunea arterială 29
Tromboembolismul venos 30

Foto revistă: Shutterstock

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

Editor: Fin Watch
Calea Rahovei, nr. 266-268, Sector 5, București,*
Electromagnetica Business Park, Corp 60, et. 1, cam. 19
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro

Tiraj: 15.000 ex.
ISSN 2067-0508

FIN WATCH

Cataracta

În zilele noastre, termenul de cataractă este foarte des întâlnit, chiar dacă nu foarte multă lume înțelege pe deplin ce înseamnă această afecțiune, care este gradul ei de gravitate sau care sunt modalitățile de tratament existente la această oră.

Dr. Ileana Ungureanu
Medic specialist oftalmolog
Clinica de oftalmologie
Ama Optimex
www.amaoptimex.ro
www.scapadeochelari.ro
www.cataracta.ro

Cataracta reprezintă procesul de opacifiere progresivă a lentilei proprii ochiului, numită cristalin. Această opacifiere poate apărea ca un fenomen normal de îmbătrânire a ochiului (cataracta legată de vârstă) sau ca o manifestare secundară a unor boli generale (diabetul zaharat, boli tiroidiene, tratamente cronice cortizonice, hipertrigliceridemie etc.) sau a unor boli oftalmologice (uveite, glaucom, miopie forte). Cataracta poate apărea secundar expunerii îndelungate la factori externi cu potențial cataractogen (UV de tip B, medii sau substanțe toxice: fumat, alcool) sau datorită traumatismelor oculare.

Apariția cataractei se poate manifesta printr-o multitudine de simptome. Inițial, pot fi semne minore precum o ușoară încețoșare a vederii, fotofobie, schimbare frecventă a dioptriilor la ochelari. Cu timpul, vederea începe să scadă tot mai mult și pentru că această scădere este nedureroasă și treptată, pacientul poate să nu conștientizeze cât de avansată ajunge cataracta. În cataractele foarte avansate modificările dioptrice pot chiar să înlesnească vederea la aproape (la citit se poate vedea fără ochelari!).

Vârsta de apariție a cataractei s-a modificat foarte mult în ultima perioadă. Dacă în ultimele decenii regula valabilă era că această afecțiune este apanajul vârstei înaintate, zilele actuale ne aduc informații diferite. La vârsta de peste 60 de ani încep modificările structurale în interiorul cristalinului, iar persoanele peste 65 de ani au cataractă în proporție de peste 70%. Ultimii ani au arătat apariția cataractei și la persoane de 40-50 de ani în lipsa factorilor favorizanți, iar vârsta pare să fie în scădere.

Chiar dacă este o afecțiune cu potențial dizabilitant vizual, cataracta este una dintre afecțiunile oftalmologie care poate beneficia de recuperare vizuală completă și rapidă. Important de știut este că rezolvarea este exclusiv chirurgicală, nu există tratamente locale sau generale, exerciții vizuale sau alimentație specifică pentru a vindeca ochiul cu cataracta!

Astăzi, când tehnologia este într-o permanentă expansiune, chirurgia cataractei este relativ simplă, foarte standardizată, nedureroasă, rapidă și poată fi efectuată ambulator. Ceea ce este însă foarte important de știut pentru ca lucrurile să decurgă simplu și ușor este momentul în care trebuie să apelăm la medicul chirurg oftalmolog. Dacă, în trecut, operația de cataractă era recomandată când gradul de afectare al vederii era foarte avansat („cataractă coaptă"), acum, amânarea inutilă a operației crește complicațiile posibile intraoperator și prelungește perioada de vindecare postoperatorie. Controalele periodice anuale după vârsta de 40 ani vă pot da informații prețioase asupra apariției și a evoluției cataractei.

Un ultim și important aspect de discutat este alegerea cristalinului artificial ce trebuie implantat în locul celui cataractat. Se lucrează cu cristaline foldabile (moi, ce pot fi introduse prin incizii mici fără fire de sutură la final), din materiale de bună calitate (nu există posibilitatea interacțiunii organismului cu materialul respectiv, nu există posibilitatea degradării în timp) și special adaptate dorințelor pacienților în ceea ce privește dioptriile restante. Se pune mult accent pe cristalinele multifocale care permit pacienților operați o independență totală față de ochelari indiferent de distanța de privit.

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

OPHTALENS T

Clinica Ophtalens T, clinică oftalmologică privată din Cluj-Napoca, specializată în tratamentul chirurgical al cataractei, efectuează servicii medicale de cea mai bună calitate, atât în regim privat, cât și gratuit pentru pacient, respectiv cu decontare din partea Casei de Asigurări de Sănătate pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie.

Cataracta reprezintă o afecțiune oftalmologică frecvent întalnită, preponderent la populația-vârstnică, ce provoacă o scădere progresivă a acuității vizuale datorită opacifierii cristalinului.

Apariția cataractei este determinată de mulți factori, dar principalul factor în majoritatea cazurilor este înaintarea în vârstă. De asemenea, cataracta poate fi ereditară, iar de cele mai multe ori sunt afectați ambii ochi.

Printre simptomele specifice ale cataractei se numără:

- vedere încețoșată sau neclară;
- culori percepute ca fiind lipsite de intensitate sau șterse;
- modificare frecventă a dioptriilor;
- fotofobie;
- incapacitatea de a aprecia corect distanțele, vedere dublă sau distingere a mai multor imagini ale unui singur obiect.

Tratamentul cataractei este eficient doar prin intervenție chirurgicală, în care medicul chirurg înlocuiește conținutul sacului critalinian natural opacifiat cu un cristalin artificial. Prin micro-incizii de doar 2 mm, medicul dezintegrează și extrage cristalinului cataractat, printr-o procedură numită faco-emulsificare, după care introduce și fixează în sacul cristalinian, un cristalin artificial monofocal sau multifocal.

Tehnologia avansată face ca operația de cataractă să se poată efectua chiar și în ambulatoriu, sub anestezie locală, intervenția propriu-zisă durând aproximativ 15 minute. Pacientul va observa îmbunătățirea vederii în primele zile postoperator și treptat ochiul se va vindeca total.

În ultimii 6 ani au fost efectuate cu succes în cadrul **Clinicii Ophtalens T** peste 5500 de intervenții chirurgicale pentru tratarea cataractei.

În cadrul clinicii noastre implantarea de cristalin poate fi decontată de către Casa de Asigurări de Sănătate Cluj și se realizează într-un sistem similar cu cel dintr-o unitate medicală publică: intervenția se realizează în regim de spitalizare de zi (până la 12 ore), iar pacientul achită doar contravaloarea cristalinului artificial. Oferim o gamă variată de cristaline artificiale, atât monofocale, cât și multifocale, iar internarea se face pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie și a cardului de sănătate.

Pe lângă tratamentul cataractei, în cadrul **Clinicii Ophtalens T** din Cluj-Napoca se efectuează în regim privat și intervenții chirurgicale pentru tratarea altor patologii oftalmologice precum: vicii de refracție (intervenții cu Laser Excimer pentru corecția dioptriilor), strabism, glaucom, keratoconus, dezlipire de retină, hemoragii in vitros, tumori intra și extra oculare sau tulburări palpebrale;

La **Clinica Ophtalens T** punem accentul pe calitate prin interesul permanent în a utiliza echipamente și sisteme de ultimă generație și prin oferirea de servicii accesibile tuturor pacienților.

Mai multe informații despre serviciile noastre găsiți pe website-ul nostru: www.ophtalens.ro

Telefon: 0264 448824/ 0786 289881 / 0264 448825/ 0786 289882

E-mail: office@ophtalens.ro

Locații:
Clinica Ophtalens T
Bld. 21 Decembrie 1989 nr. 137, mezanin, Cluj-Napoca, Cluj
Puncte de lucru:
Str. Bobâlna nr. 6, Gherla, jud. Cluj.
Str. Crinilor nr. 1, sc. A, Bistrița, jud. Bistrița-Năsăud

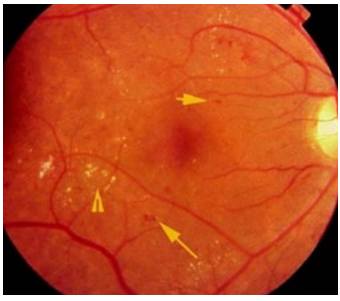
Retinopatia diabetică

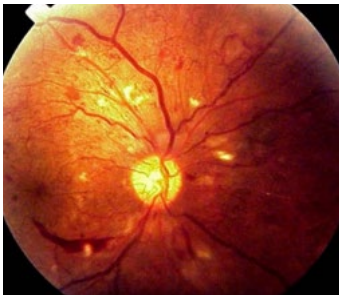
Retinopatia diabetică este cea mai frecventă boală vasculară a retinei, afectând cu precădere pacienții cu vârsta între 20-65 ani, fiind cea mai importantă cauză de pierdere a vederii la populația de vârstă activă din țările dezvoltate. Practic, această boală îl poate afecta pe fiecare diabetic, indiferent de tipul diabetului și de tratamentul efectuat. La apariția retinopatiei diabetice contribuie nivelul zahărului în sânge, nivelul de colesterol, precum și alte afecțiuni asociate, precum hipertensiunea arterială, obezitatea, boli ale rinichilor, sarcina și nașterea.

xxxxx
Dr . Raluca Vârnă
Medic primar oftalmolog
Clinica Oftapro

Cum apare retinopatia diabetică?

În cazul diabetului sunt afectate toate vasele sangvine, însă în primul rând, capilarele





mici. Astfel încep modificările la nivelul retinei: unele vase se obliterează, altele, pentru a compensa munca acestora, se dilată, apărând microanevrisme; se modifică permeabilitatea peretelui vascular și în retină se infiltrează plasma, apărând edemul retinian. Dacă edemul persistă mult timp, fibrele nervoase retiniene mor.

În unele cazuri, pereții subțiri ai capilarelor se rup și pe retină apar mici hemoragii.

Retinopatia diabetică poate să nu se manifeste o perioadă lungă de timp: când aceste procese nu afectează retina centrală, vederea nu are de suferit.

După capilare sunt afectate vasele mari, în special, venele. Această fază până la apariția vaselor de neoformație se numește neproliferativă. În timp vascularizația retinei se înrăutățește, iar în zonele ischemice încep să crească vase noi de sânge și țesut cicatricial. Această fază se numește retinopatie diabetică proliferativă.

Cum îmi dau seama dacă am retinopatie diabetică?

În stadii inițiale, nu există sau sunt foarte puține simptome vizuale. Pe măsură ce boala evoluează apare încețoșarea vederii la aproape sau la distanță, flocoane, uneori pierderea bruscă a vederii. Medicul oftalmolog nu poate repara daunele determinate de retinopatia diabetică, dar dacă este depistată la timp, metodele moderne de tratament pot ajuta la încetinirea progresului bolii. De aici importanța urmăririi periodice a pacientului cu diabet zaharat.

Ce investigații sunt necesare la pacientul cu diabet zaharat?

- Testarea acuității vizuale
- Biomicroscopia polului anterior cu testarea reflexului pupilar fotomotor (în caz de afectare a nervului optic)
- Gonioscopia pentru detectarea neovaselor din unghiul camerular
- Examinarea fundului de ochi
- Măsurarea tensiunii intraoculare
- Examinarea câmpului vizual
- Ecografie oculară
- Tomografie în coerență optică

În funcție de aceste investigații, medicul oftalmolog stabilește planul de tratament.

Mijloace de tratament disponibile în retinopatia diabetică:

În faze inițiale, se folosesc tratamente medicamentoase care ajută la întărirea peretelui vascular, la resorbția hemoragiilor care îmbunătățesc vascularizația retinei. Totuși, nenu-

mărătele medicamente nu pot opri evoluția bolii și sunt folosite doar ca tratament auxiliar.

În faza de apariție a edemului retinian se folosesc injecții intravitreene cu anti-VEGF, preparatul Aflibercept fiind preferat actual. Administrarea medicamentului se face prin injectarea direct în cavitatea vitreană, procedură care se efectuează de obicei în cabinetul medicului oftalmolog, în mediu antiseptic și sub anestezie topică.

În fazele avansate ale bolii cu retinopatie diabetică proliferativă, tratamentul laser asigură doar stabilizarea acuității vizuale, în timp ce medicamentele anti-VEGF pot determina îmbunătățirea vederii, precum și o frecvență mai redusă a reacțiilor adverse. Dacă retinopatia diabetică se asociază cu hemoftalmus sau decolare mecanică a retinei, se practică vitrectomia, o intervenție chirurgicală care constă în scoaterea vitrosului.

Retinopatia diabetică, concluzii

Terapiile actuale au ca scop gestionarea complicațiilor microvasculare. Monitorizarea și controlul hiperglicemiei, tensiunii arteriale și dislipidemiei rămân cele mai importante și eficiente strategii în prevenirea dezvoltării și agravării retinopatiei diabetice.

Sunt persoanele cu retinopatie diabetică mai predispuse la COVID-19?

Introducerea și utilizarea pe scară largă a agenților anti-VEGF a revoluționat tratamentul retinopatiei diabetice. Studiile realizate au arătat că administrarea intraoculară prezintă rezultate mai bune, atât pentru stoparea evoluției bolii cât și pentru îmbunătățirea vederii.

OFTAPRO
CLINICA OFTALMOLOGICĂ
Recepție: **0219252**;
0730 593 534 / 0764 740 081
E-mail: office@oftapro.ro; Bd. Mărășești nr. 15, Sector 4, București, www.oftapro.ro

Să ne ajutăm, ca să putem ajuta...

Foarte mulți dintre noi au resimțit în ultimii doi ani un consum excesiv al resurselor proprii, ceea ce a însemnat deseori că repercusiuniunile au putut fi resimțite la nivelul majorității palierelor vieții. Astfel, adesea am constatat că ne simțim copleșiți psiho-emoțional și poate chiar incapabili să gestionăm stresorii cotidieni. Situațiile complexe pe care le traversăm sunt cu desăvârșire noi, și deci, necunoscute ca dimensiuni, implicații și efecte pentru majoritatea dintre noi, așa încât este firesc să ne îngrijorăm, să ne temem și să ne simțim neputincioși și, bineînțeles, chiar frustrați și furioși.

Cristina Fűlőp
Psiholog psihoterapeut
Cabinet Individual
de Psihologie
0722.509.713

Recunoașterea și asumarea emoțiilor și stărilor pe care le experimentăm, constituie primii pași în vederea reducerii tensiunii interioare și apoi, deschizându-ne câmpul de conștiință, să ne putem focusa pentru identificarea celor mai corecte abordări în managementul problemelor. La polul opus, încercarea de a nu accepta trăirile și/sau de a le disimula, consumă enorm din resursele pe care le putem utiliza în scopuri constructive.

Mulți dintre noi am fost învățați să fim emotofobi, adică am învățat că „trăirile disconfortante sau negative nu sunt bune și trebuie să le evităm, chiar să fugim de ele, iar dacă, cumva se întâmplă să le simțim, să nu le asumăm, să le cosmetizăm sau să le disimulăm și să le ascundem, pentru că altfel am putea părea vulnerabili și asta este rușinos și ne poate distruge imaginea în fața celorlalți". Nimic mai fals! Înțeleg așadar, că pentru unii dintre noi poate fi dificil să decelăm între emoțiile pe care le simțim și cu atât mai neplăcut poate fi, mai departe,

să acceptăm că le simțim și să înțelegem că, împărtășindu-le cu alții și asumându-le, vom putea să le gestionăm mai bine. Aceasta este unica manieră sănătoasă de a proceda. Doar așa, vom fi în consonanță interioară.

Cum ne mai putem ajuta în situațiile dificile? Ajutându-i pe alții... Poate părea surprinzător acest răspuns, însă dacă ne gândim că majoritatea situațiilor dificile sunt dificile și deoarece sunt prea puțin în controlul nostru și maxim instabile, să facem lucruri pe care le putem controla, le putem dimensiona, ne va ajuta cu siguranță să ne simțim mai securizați și mai stabili. Să vedem că acțiunile noastre produc un plus de confort altcuiva, este de asemenea benefic, intrinsec.

Este de asemenea important să păstrăm rutine sănătoase în ceea ce privește somnul, hrana și programul de lucru, pentru că, din nou, ca să putem fi de ajutor este necesar să fim într-o formă cât mai bună, atât fizic, cât și psihic.

Și, nu în ultimul rând, să ne conservăm resursele înaintând în situație pas cu pas, pentru că, dacă ne anxietăm excesiv anticipatoriu (adică fără să avem motive, fără să existe un pericol real), imaginând scenarii catastrofice, vom risipi din resurse și, este posibil ca atunci, când și dacă vom avea nevoie cu adevărat, să nu mai avem suficient pentru a putea manageria optim situația.

Bio Active MC,
produs japonez de excepţie!

Am fost contactaţi de aparţinătorii a două persoane care au folosit Bio Active MC.

Iată două cazuri pe care le urmărim în funcţie de informaţiile transmise de către pacienţi:

Pacienta A.C. din jud. Arad, 75 de ani, cu tumoră 3 cm pe mediastin, pentru care i-a fost recomandată chimioterapie. Din cauza faptului că a suportat foarte greu tratamentul dat de medic (stări de greaţă, stări de rău, somn neodihnitor), a decis să încerce în paralel **Bio Active MC Oyama Agaricus**, câte 1, apoi 2 pliculeţe/zi. După aproximativ 10 zile s-au văzut îmbunătăţiri în viaţa de zi cu zi, iar după 3 luni a constatat că tumora avea doar 1 cm.

Pacienta R.A. din jud. Cluj, 68 de ani, cancer la sân operat acum 10 ani, continuă să ia **Bio Active MC Oyama Agaricus** 10 zile/lună câte 1 pliculeţ/zi pentru prevenirea reapariţiei celulelor canceroase. Face investigaţii anuale care au ieşit în parametrii normali.

Distribuitor:
Euro Japan Trading

Importator:
Euro Japan Trading

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

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

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

De ce Bio Active MC?

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

Dermatita atopică: produse vitale vs nocive

Dermatita atopică (AD) este o afecțiune cutanată acută, subacută sau cronică, pruriginoasă, întalnită în special la copii, dar care afectează și adulții. Caracteristicile principale ale dermatitei atopice sunt pielea uscată și pruritul, acestea conducând la leziuni de grataj, urmate de inflamație și lichenificare.

Dr. Nițescu Livia Cristiana
Spitalul Universitar
de Urgență Elias București

Dr. Cira Cristina-Ilinca
Spitalul Universitar
de Urgență Elias București

Dr. Andreea Maria Radu
Spitalul Universitar
de Urgență Elias București

Această patologie cutanată este o consecință a acțiunii mai multor factori, precum predispoziția genetică și factorii imunologici. Drept dovadă, este frecvent asociată cu antecedente familiale de dermatită atopică, astm și rinită alergică, precum și cu nivele crescute de imunoglobulinele IgE - capabile să declanșeze o reacție alergică imediată (șoc anafilactic în cazurile grave).

Dermatia atopică afectează aproximativ 5-20% din copii la nivel mondial, cu o rată mai crescută în țările din Africa, Oceania sau Asia față de Europa. Cu toate acestea, în ultimii ani, s-a remarcat o creștere în apariția acestei afecțiuni în Europa de Vest si de Nord.

În majoritatea cazurilor, debutul dermatitei atopice are loc la vârsta de aproximativ 5 ani, cu o pondere ușor mai crescută în rândul persoanelor de sex feminin. De asemenea, debutul în primele 6 luni de viață a fost asociat cu o formă mai severă a bolii.

Cauza dermatitei atopice este incomplet cunoscută, rolurile principale fiind atribuite factorilor genetici și imunologici. Implicarea predispoziției genetice este susținută de faptul că 60-80% dintre pacienți au antecedente familiale atopice. De menționat că la 80% din persoanele atopice nivelul de IgE în ser este crescut, dovedindu-se astfel participarea factorului imunologic în patogenia bolii.

Clinic:

Din punct de vedere clinic, eczema acută este caracterizată de zone eritematoase cu papule si vezicule intens pruriginoase, acoperite sau nu de scuame, în timp ce în stadiul cronicizării se poate observa că pielea se îngroașă (lichenificare). Ca și distribuție, leziunile apar cu predilecție în zonele de flexie, la nivelul feței, frunții, pleoapelor, zonelor frontale și laterale ale gâtului, precum și pe suprafețele dorsale ale mâinilor și picioarelor.

În funcție de vârstă, se regăsesc anumite aspecte speciale:

- AD infantilă are în general debutul la vârsta de aproximativ 3-6 luni prin leziuni cu aspect eczemators (piele înroșită) acoperite de vezicule, scuame, exsudat, cruste și eroziuni. Se regăsesc în special pe zonele convexe ale feței, cu respectarea nasului și a regiunii peribucale. Pruritul este întotdeauna prezent. De asemenea, unii copii pot prezenta pe scalp scuame grase gălbui.

Prof. Dr. A. Aslan

GEROVITAL®

H3 DERMA+

PHARMACEUTICAL CONCEPT

Produse hipoalergenice
Fără parabeni, coloranți
Testate sub control dermatologic

SPRAY EMOLIENT REPARATOR

Regenerează pielea uscată, lezată, reduce pruritul.
Accelerează vindecarea arsurilor.

- Capacități antiinflamatorii și antioxidante, întărește mecanismele de protecție a pielii, accelerează vindecarea arsurilor și ulcerațiilor
- Proprietați antimicrobiene, antiinflamatoare și imunomodulatoare
- Contribuie la refacerea barierei hidro lipidice protectoare
- Calmează, reduc pruritul și iritațiile

(%) PARFUM, ALCOOL

COPII ȘI ADULȚI

Farmec

Original Gerovital by Prof. Dr. A. Aslan

www.farmec.ro

- AD a copilului: leziunile sunt localizate cu predilecție în zonele de flexie (fosa poplitee, plica cotului), dar și pe gât și pe față și sunt caracterizate de papule sau plăci cu tendință la lichenificare, acoperite de excoriații. De menționat că leziunile pot fi generalizate.
- AD a adultului: interesează aceleași zone și predomină lichenificarea și pruritul. Leziunile localizate pe partea dorsală a mâinilor, la nivel retroauricular sau peribucal sunt adesea rezistente la tratament.

Pacienții cu dermatită atopică mai pot prezenta si alte semne și simptome cutanate, printre care se enumeră: xeroza cutanată (piele uscată), buzele uscate și fisurate, tegumentele palide, hiperliniaritatea palmară, dermografismul alb, manifestări oculare (pliu suplimentar la pleoapa inferioară, pigmentare periorbitară, cheratoconjuctivită atopică - boală inflamatorie cronică a ochilor).

Diagnostic:

Pentru a stabili diagnosticul, este necesară prezența criteriului major (dermatoza pruriginoasă) și a cel puțin 3 din cele 5 criterii minore prezentate mai jos:

1. antecedente personale de eczemă a pliurilor și/sau la nivelul obrajilor;
2. antecedente personale de astm bronșic sau febră de fân, sau antecedente de astm, dermatită atopică, rinită alergică la o rudă de gradul I la un copil sub 4 ani;
3. istoric de tegument xerotic în ultimul an;
4. eczemă vizibilă la nivelul pliurilor mari sau pe obraji, frunte, convexități ale membrelor la un copil sub 4 ani;
5. debutul semnelor cutanate înaintea vârstei de 2 ani – doar în cazul copiilor cu vârsta peste 4 ani).

Evoluție:

Dermatia atopică este o afecțiune cronică a pielii, cu o evoluție ondulantă, având episoade de acutizare. Unii dintre factorii care pot declanșa un puseu sunt hipersecreția sudorală, contactul cu substanțe iritante, îmbracămintea din lână și materialele sintetice.

În ceea ce privește copiii, dermatita atopică infantilă se remite la vârsta de 4-5 ani în aproximativ 70% din cazuri.

Pentru evaluarea severității afecțiunii sunt luate în vedere intestitatea simptomelor (inclusiv a pruritului), durata evoluției bolii, frecvența episoadelor de acutizare, răspunsul la tratamentul cu dermatocorticoizi, precum și impactul asupra vieții.

Printre factorii de prognostic nefavorabil se enumeră: debutul precoce, istoricul familial de dermatită atopică, severitatea și extinderea leziunilor AD în copilărie, asocierea cu astmul bronșic sau rinita alergică, precum și titrul ridicat de IgE în ser.

Tratament:

Măsuri non-farmacologice:

În ceea ce privește îngrijirea pacienților cu dermatită atopică, trebuie avută în vedere educarea acestora în legătură cu produsele benefice lor, precum și cele nocive.

În primul rând, pacienții trebuie să își mențină pielea hidratată, folosind produse speciale pentru tipul lor de tegument, cum ar fi cremele fără conținut sau cu un conținut scăzut de apă. Un alt tip de cremă care poate veni în ajutor este cea cu ceramide. De menționat că pentru igienă se vor folosi săpunuri neiritante, iar după fiecare baie pielea trebuie hidratată.

De asemenea, un alt factor important este eliminarea factorilor agravanți, cum ar fi expunerea la vânt, frig și căldură excesivă; îmbrăcămintea din lână sau materiale sintetice; fumatul; aeroalergeni (praf).

Deși alergiile alimentare joaca un rol important în agravarea dermatitei atopice, în urma studiilor conduse nu este recomandată evitarea totală a unor alimente. În acest sens, pacienții cu această afecțiune ar trebui testați pentru alergenii alimentari.

Tratament medicamentos:

Tratamentul medical al dermatitei atopice constă în aplicarea locală de agenți antiinflamatori (glucocorticoizi), inhibitori de calcineurină (sub formă de unguente și creme), administrarea de antihistaminice pentru reducerea pruritului, fototerapie UVA-UVB, iar în cazuri severe și refractare ale bolii la adulți se poate recurge la terapie sistemică cu glucocorticoizi sau ciclosporină. De asemenea, în prezent, a fost aprobat si tratamentul biologic al dermatitei atopice.

ISISPHARMA
Dermatologie

GLYCO-A

Protocol complet pentru peeling superficial

Echilibru perfect

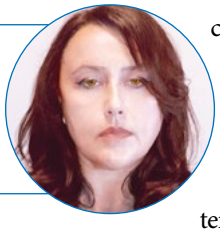
între eficacitate și toleranță

SPECIALIST IN HOMEOSTAZIA PIELII

Tuberculoza în era COVID -19

Tuberculoza (TB) este cel mai mare criminal infecțios la nivel mondial. În fiecare zi, aproape 4.000 de persoane mor din cauza TB și aproape 30.000 de persoane se îmbolnăvesc de această boală, chiar dacă s-au înregistrat progrese considerabile în ultimul deceniu în controlul acestei maladii. Aproximativ un sfert din populația lumii este infectată cu M. tuberculosis și astfel cu riscul de a dezvolta TB activă. Pentru a controla în mod eficient epidemia de TB și pentru a îndeplini obiectivele Strategiei End TB de „eliminare a TB" se impune o abordare cuprinzătoare (multisectorială) de diagnostic, tratare și prevenire a bolii.

Dr. Adriana Socaci
MD, PhD, Medic primar pneumolog



Raportul Global pentru Tuberculoză al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), elaborat în 2020, precizează că în anul 2019:

- aproximativ 10 milioane de persoane s-au îmbolnăvit de TB (5,6 milioane bărbați, 3,2 milioane femei și 1,2 milioane copii); persoanele care trăiesc cu HIV au reprezentat 8,2% din total;
- 1,4 milioane de persoane au murit din cauza TB (208.000 din rândul persoanelor cu HIV);
- 465.000 de presoane s-au îmbolnăvit cu tuberculoză multidrog rezistentă (TB-MDR), o creștere cu 10% față de anul precedent, reprezentând o reală amenințare la adresa securității sănătății.

La nivel global, rata incidenței TB a scăzut cu 9% în perioada 2015 și 2019 (de la 142 la 130 cazuri la 100.000 locuitori). Deși tendința evolutivă a endemiei TB la nivel mondial după anul 2015 a fost lent descendentă, grație intervențiilor diagnostice și terapeutice, OMS raportează în 2019 că opt țări au reprezentat două treimi din totalul cazurilor la nivel global: India, Indonezia, China, Filipine, Pakistan, Nigeria, Bangladesh și Africa de Sud.

În același raport OMS precizează că numărul de cazuri incidente scade încet, în ambii termeni, absoluți și pe cap de locuitor. La nivel global, rata medie de scădere pe an a incidenței TB a fost de 1,7%, în perioada 2000–2019 și 2,3% pe an în intervalul 2018-2019. OMS apreciază că această scădere este mult prea lentă pentru a atinge obiectivul strategic al Strategiei EndTB. Rata medie de scădere a mortalității TB la nivel global la persoanele HIV negative a fost de 45% în perioada 2000-2019 (inclusiv 3,7% între 2018-2019); în rândul persoanelor seropozitive, rata mortalității a scăzut cu 76%, în perioada 2000-20191.

România, țară membră a Uniunii Europene (UE), înregistrează cea mai mare incidență a tuberculozei din UE (de patru ori peste media UE), cu aproximativ 22% din cazurile de TB raportate

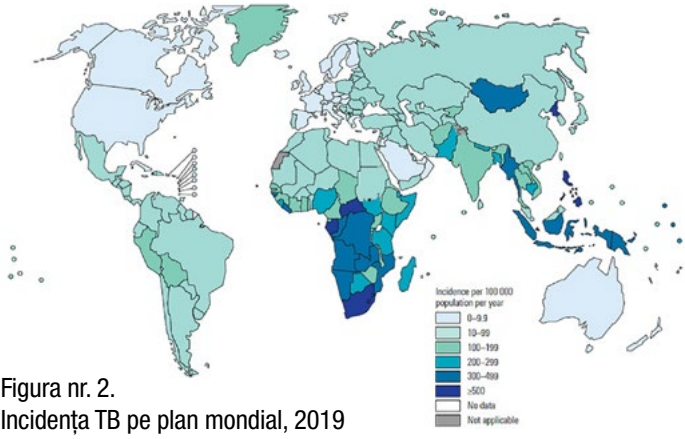
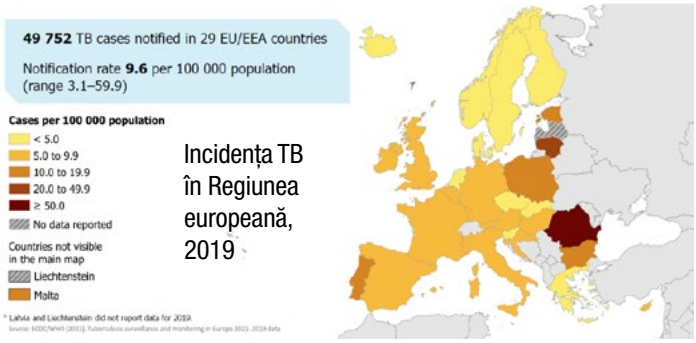


Figura nr. 2.
Incidența TB pe plan mondial, 2019



Incidența TB în Regiunea europeană, 2019

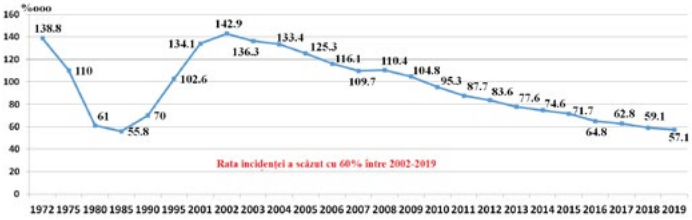


Figura nr.4. Incidența globală a TB în România în perioada 1972- 2019

în UE, în condițiile în care deține doar 4% din populația UE.

Cu toate acestea, în ultimii ani în România s-au înregistrat progrese importante în controlul bolii, aceasta fiind în primul rând rezultatul implementării la nivel național a strategilor pentru controlul TB recomandate de OMS.

În România, incidența globală (IG) a TB (cazuri noi și recidive) a scăzut în ultimii 15 ani cu 60 %, de la un maximum de 142,9 cazuri la 100.000 locuitori în anul 2002 la 57,1 cazuri la 100.000 locuitori în 2019.

În concordanță cu tendința favorabilă a endemiei TB la nivel național din ultimii ani, incidența TB la copiii (0 - 14 ani), ca marker al eficientei măsurilor de control al TB la populatia adultă, a scăzut în mod semnificativ cu 73,4 %, de la 48,1 cazuri la 100.000 locuitori în 2002 la 12,8 cazuri la 100.000 locuitori în 2019.

Mortalitatea ca indicator major de impact privind controlul TB, a atins cea mai ridicată valoare în anul 1997 (11,6 cazuri la 100.000 locuitori), urmând apoi un trend net descendent cu o scădere seminificativă în de 60,97% în intervalul 2001-2018 (de la 10,5 cazuri la 4,1 cazuri la 100.000 locuitori).

OMS precizează că politicile actuale adoptate pe scară largă ca răspuns la pandemia Covid-19 în curs de desfășurare, în special blocările și relocarea personalului și echipamentelor, a avut un impact negativ asupra câștigurilor realizate în eforturile globale de control al TB pentru a atinge obiectivele finale ale strategiei End TB.

Datele provizorii adunate de OMS, din 84 de țări (ce reprezintă 84% din incidența globală estimată a TB în 2019), indică faptul că în anul 2020 îngrijirile pentru TB au scazut cu 21% (cu 1,4 milioane de persoane mai puțin) față de 2019.

OMS estimează că aceste perturbări legate de pandemia COVID-19 în accesul la îngriji pentu TB ar putea provoca suplimentar încă o jumătate de milion de decese prin TB, ceea ce ar duce lumea înapoi cu un deceniu la mortalitatea cauzată de TB în anul 2010.

Perturbări legate de pandemia COVID-19 s-au răsfrânt și asupra controlului TB la nivel național, cazurile notificate în anul 2020 înregistrând o reducere cu 35% față de anul 2019. Astfel, doar 7.221 de cazuri noi și recidive de TB au fost înregistrate în anul 2020 la nivel național față de 11.083 cazuri în anul 2019.

Incidența globala a TB în România în anul 2020 a scăzut la 37,3 cazuri la 100.000 locuitori față de valoarea de 57,1 cazuri la 100.000 locuitori în anul 2019. Același trend decrescător a înregistrat și incidența TB la copii, atingând valoarea de 8,7 cazuri la 100.000 locuitori în anul 2020 față de valoarea de 12,8 cazuri la 100.000 locuitori în anul 2019 (o reducerea a ratei incidenței cu 32% în anul 2020 față de anul precedent). Aceste scăderi acentuate a cazurilor notificate la nivel național reflectă perturbările legate de pandemia COVID-19 în îngrijirile pacienților TB și nu o reducere reală a endemiei TB la nivel național.

În contextul actual, OMS precizează că este important ca progresul realizat în prevenirea și îngrijirea TB să nu fie inversat de efectele pandemiei. Serviciile de sănătate, inclusiv programele naționale de combatere a TB trebuie să asigure că serviciile TB sunt menținute.

VitalAire
Home Healthcare Provider

Campania
SĂNĂTATEA SOMNULUI
Somnul tău.
Sănătatea ta.
Viața ta.

Sforăiți?
Sunteți obosit?
Adormiți pe scaun fără motiv?
Aveți dureri de cap matinale?

Dacă aveți semne sau simptome care necesită o opinie medicală, este timpul să mergeți la un medic specialist să vedeți dacă aveți **apnee în somn.**

www.vitalaire.ro

Foto: Depositphotos

Campania
SĂNĂTATEA SOMNULUI
Somnul tău.
Sănătatea ta.
Viața ta.

VitalAire™
Home Healthcare Provider

Sforăiți?
Ați luat în greutate?
Aveți respirația întreruptă în timpul somnului?

Dacă aveți semne sau simptome care necesită o opinie medicală, este timpul să mergeți la un medic specialist să vedeți dacă aveți **apnee în somn.**

Reabilitarea respiratorie post-COVID-19 - o abordare holistică

Conceptul de reabilitare respiratorie a devenit o componentă indispensabilă a conduitei terapeutice în cadrul bolilor cronice pulmonare, mai ales în cadrul acestei noi provocări aduse în prezent lumii medicale de pandemia COVID-19.

Dr. Pribac Ioan,
medic primar pneumolog la Spitalul Clinic Județean Mureș, Clinica Pneumologie Târgu Mureș, Clinica Holomed Târgu Mureș

Dr. Vultur Mara Andreea,
medic rezident pneumolog la Spitalul Clinic Județean Mureș, Clinica Pneumologie Târgu Mureș, voluntar Clinica Holomed Târgu Mureș

Abordarea pacientului post-COVID-19

Marea parte a complicațiilor datorate infecției cu SARS-CoV-2 sunt legate de pneumonia pe care aceasta o cauzează, cu multipli factori distructivi pulmonari: furtuna citokinică indusă de antigenul viral, toxicitatea pulmonară indusă de medicamente și hiperoxia prin expunerea la presiuni crescute de oxigen cauzată de ventilația mecanică prelungită.

Reabilitare post-COVID-19

Simptomatologia restantă post-COVID-19 poate include: dispneea de efort, tusea, slăbiciunea musculară, cefaleea, durerea toracică, tulburările de tranzit, mergând până la anxietate, depresie, insomnie. Ameliorarea și chiar remisia simptomelor, reprezintă principala țintă a programului de reabilitare.

Examenul fizic poate surprinde de multe ori un bolnav cu complicații reziduale multiple, cu hipoxemie de repaus, semne de decompensare cardiacă, disfuncție hepatică, disbioză intestinală determinată de tratamentul antibiotic și antiinflamator, miopatie după repaus prelungit și sechele neurologice.

Pe lângă datele clinice, imagistica toracică joacă un rol important în procesul de evaluare inițială și de monitorizare a evoluției. Testele funcționale respiratorii au arătat în multe din cazuri scăderea capacității pulmonare, cu disfuncție restrictivă, mai ales după formele medii și severe.

Pacientul post-COVID-19 cu comorbidități asociate

Luând în discuție comorbiditățile asociate, se delimitează două categorii de bolnavi: cei cu afecțiuni pre-existente și cei sănătoși anterior infecției virale. Nu puțini sunt cei la care infecția cu SARS-CoV-2 induce debutul unor patologii pulmonare, cardiace, metabolice, neurologice sau agravarea celor deja cunoscute. Asocierea patologiei cronice necesită o atenție sistematizată în cadrul programului de reabilitare, subliniind nevoia de comunicare inter-disciplinară. Aderența la tratament, mai ales în cazul pacienților cu afecțiuni cronice asociate, implică educarea pacientului și a familiei.

Monitorizare și tratament integrativ

Terapia farmacologică adecvată fiecărui caz necesită, prin limitările sale, o abordare non-farmacologică, care cuprinde implementarea unui program de exercițiu fizic gradual și kinetoterapie respiratorie specifică, manipulare osteopatică, dar și încurajarea adoptării unui stil de viață sănătos și echilibrat și a unei diete antiinflamatorii suplimentată cu vitamine, minerale și antioxidanți.

Intervenția precoce de reabilitare la acești pacienți a demonstrat cu certitudine o reducere semnificativă a simptomatologiei la 1, 3 și 6 luni de la episodul acut, o creștere a performanțelor fizice și cognitive, cu îmbunătățirea globală a calității vieții.

rossmax

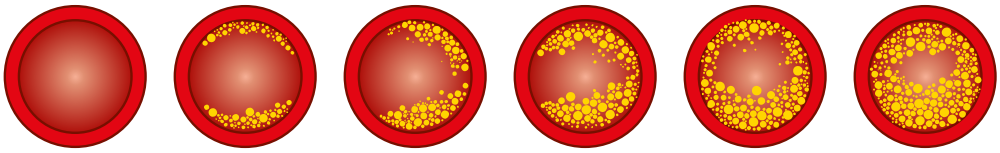
Oxigen Asist - Tel 072 000 8891,
București, str. Călușei, nr. 64, sector 2
www.oxigenasist.ro

asist Oxigen
totul pentru viață

SB210 Pulsoximetru pentru deget cu Tehnologia de Detecție a Stării Arterelor (ACT)

WORLD'S FIRST CHECK OF **ARTERY CONDITION** WITH SpO2 & PULSE RATE PULSE OXIMETER

- Tehnologia de Detecție a Stării Arterelor (ACT) inclusă
- Transmisie Bluetooth®
- Determinarea instant a SpO2, puls și a stării arterelor într-un minut
- Design cu protecție față de lumina ambientală
- Protecție de biocompatibilitate
- Indicator de amplitudinea pulsului
- Display OLED cu două secțiuni de afișaj în două culori
- Șnur de siguranță

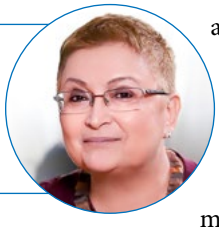


Level 1 Level 2 Level 3 Level 4 Level 5 Level 6

Cum a influențat SARS-CoV-2 bolile pulmonare?

Dacă urmărim factorii de risc pentru formele severe de boală în infecția cu SARS-CoV-2, alături de diabet și bolile cardiovasculare, bolile cronice obstructive (BPOC, inclusiv cancerul pulmonar) sunt puse în aceasta listă a riscului pentru formele severe de COVID-19.

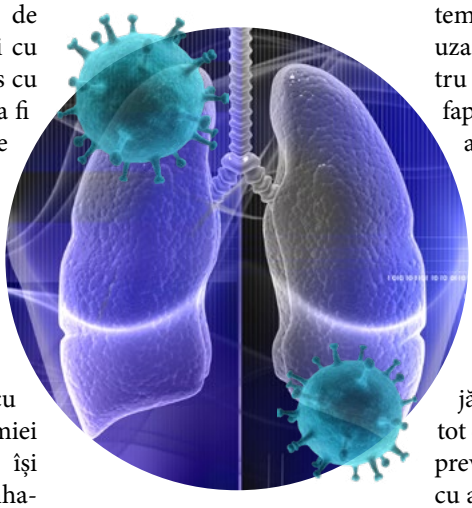
Prof. Dr. Ruxandra Ulmeanu,
Medic primar pneumolog, Șef Dep. Bronhologie - Inst. de Pneumologie „Marius Nasta" București, Șeful Disciplinei de Pneumologie - Facultatea de Medicină Oradea



Persoanele cu astm, dintre pacienții cu boli respiratorii cronice, sunt mai puțin afectate de COVID-19, dar atenție, cei cu astm necontrolat și mai ales cu astm sever sunt predispuși a fi afectati de forme severe ale infecției cu SARS-CoV-2. Mesajul este că acești pacienti cu astm bronșic trebuie să scadă la minimum șansele de a se infecta. Pe de altă parte, corticoterapia inhalatorie sau orală nu trebuie evitată la pacienții cu astm în contextul pandemiei COVID-19, ci trebuie să își mențină terapia regulată inhalatorie cu corticoizi inhalatori.

Pacienții cu BPOC sunt printre cele mai afectate de COVID-19. Se încurajează ca persoanele cu BPOC să urmeze sfaturile echipelor de sănătate publică din propriile țări și din nou, același lucru ca și pentru pacienții cu astm, să scadă la minimum șansele de a se infecta. De asemenea, corticoizii inhalatori sau sistemici nu trebuie evitați la pacienții cu BPOC în timpul epidemiei COVID-19, deci trebuie să își mențină terapia regulat, cu bronhodilatatoare inhalatorii.

Pacienții cu cancer pulmonar sunt o categorie aparte în ceea ce privește impactul pandemiei COVID-19 deoarece, asa precum bine știm, cancerul pulmonar este cel mai rău dintre cancere, fiind descoperit extrem de tardiv pentru peste 75% din pacienți. Formele de boală sunt severe și foarte severe, și datorită faptului că evoluția acestei afecțiuni este extrem de rapidă, astfel încât, în mod real, putem vorbi de o supraviețuire pentru acești pacienți cu cancer pulmonar în stadii foarte avansate, de 5% la 5 ani. În pandemie, accesul pentru diagnostic al acestor pacienți a fost în mod evident întârziat, în primul rând datorită faptului că pacienții s-au temut să vină la spital din cauza pericolului potențial pentru COVID-19, dar și datorită faptului că cea mai mare parte a medicilor pneumologi români au fost și sunt încă angrenați în lupta contra infecției SARS-CoV-2. Așadar, având în vedere gravitatea extremă a acestei afecțiuni, pacienților trebuie să li se acorde o grijă extremă în ceea ce privește tot ceea ce înseamnă măsuri de prevenție împotriva infecției, cu atât mai mult cu cât vorbim despre pacienți al căror tratament oncologic conduce de foarte multe ori la o diminuare a imunității. Este și motivul pentru care, în colaborare cu medicii oncologi, trebuie stabilită perioada în care acești pacienți vor fi vaccinați, ca fiind aceea în care statusul lor imunitar permite acest lucru.



Unde începe misiunea post COVID a pneumologului

Prof. Dr. Florin Mihălțan,
Președinte Secțiune
Somnologie
și VNI a SRP

Sindromul post COVID (sau „long COVID"sau „covidul cronic") a demonstrat odată în plus cât de puține lucruri știam despre aceste corovirusuri. El are o definiție în acest moment care marchează ceea ce acum se știe: persistența COVID-19 în intestinul subțire și după 6 luni. Sunt semne și simptome care persistă după 12 săptămâni de la debut și sunt neexplicate de alte diagnostice alternative. Sigur că existența unui corolar simptomatic precum: fatigabilitate, migrene, dureri articulare, dispnee, dureri toracice, disfuncții cognitive dovedește că există multe implicații de organe diferite dar plămânul suferă în general pe două zone importante unde fibrozele pulmonare sunt cap de afiș și apoi infecțiile pulmonare din timpul doi. Sunt și alte complicații care persistă precum: trombo embolismul pulmonar, apariția unor pneumotoraxuri sau a pneumomediastinului dar cele care predomină numeric sunt și rămân fibrozele pulmonare. Nu de puține ori cazurile care trec de perioada acută sunt transferate din serviciile COVID la non COVID datorită acestor persistențe sau agravări radiologice combinate cu o simptomatologie unde dispneea este severă, cu imobilizare la pat, cu necesar de oxigen între 10-15 litri pe minut sau chiar ventilație non invazivă.

Sigur că există niște factori de risc, prognostici ai unei evoluții cu o astfel de anvergură printre care trebuie menționați unii similari cu ce dictează de fapt severitatea din start a bolii și apariția unui sindrom de detresă respiratorie acută. Astfel s-au conturat următoarele criterii care pot marca o evoluție fibrozantă post COVID: vârsta avansată, prelungirea șederii în servicii de ATI, sub ventilație mecanică, ventilație non invazivă, ECMO, fumatul, etilismul, tipurile de medicații administrate (antivirale sau corticoizi) etc. Este adevărat că la capitolul simptome-87,4 % din pacienți după recuperarea post COVID au cel puțin un simptom persistent, că la 2 luni doar 12,6 % sunt asimptomatici, că există o calitate a vieții afectată la 44% dar aceste expresii sunt doar vârful unui „iceberg" care poate lua oricând o turnură de gravitate. Aceasta apare în combinație și cu o progresie imagistică (imagini de sticlă mată la 70% din bolnavi) și una funcțională (47% reduceri de DLCO - oximetria) iar lecțiile din trecut sunt de reînvățat. Chiar dacă epidemia de SARS și MERS nu au fost foarte extinse, se știe la ora actuală că există leziuni reziduale și la un an distanță.

Terapia unei fibroze post COVID este bazată pe corticoterapie, reabilitare precoce și un abord multidisciplinar unde totuși pneumologul rămâne vioara întâi. Pentru folosirea unor medicații antifibrozante clasic utilizate în fibroza pulmonară idiopatică studiile sunt la început. La această parte a partiturii însă trebuie să cânte în armonie: cardiologi, medici de familie, kineziterapeuți iar în funcție de necesități: hematologul, nefrologul, neuropsihiatrul etc. Solo ca evoluție de interpretat aparține doar pneumologului atunci când insuficiența respiratorie este severă și când trebuie combinată partea de oxigenoterapie, ventilație non invazivă cu ajustarea pe perioadă lungă a medicației antiinflamatoare.

Iradierea pulmonară cu doze reduse

Dacă în primele luni ale pandemiei încă nu se știa nimic despre aspectele clinice și epidemiologice ale SARS COV 2 și bolnavii erau intubați, măsură inadecvată care de fapt grăbea moartea lor, prima măsură ordonată de către miniștrii sănătății a fost interzicerea „Autopsiilor". Un „Malpraxis" practicat pe scară largă care nu a mai fost niciodată pedepsit. În ultima săptămână, în România au murit 868 de bolnavi de Covid-19, în medie 124 pe zi. Am avut și perioade mai proaste, ca de exemplu în noiembrie 2021 când mureau 483 pe zi.

Prof. Univ. dr. Cristian Chiricuță,
medic oncologie medicală și radioterapie
POZĂ DIN ONCOLOGIE 2021 COPERTA 1

Studiile randomizate din medicină conferă validarea unor produse medicale de multe ori inutile terapeutic. Gândul și adevărul real al studiilor randomizate rămâne valabil dar nu este singura procedură pentru autorizarea aplicării unei gest medical util într-o situație dată.

Fleming, Babeș, Cantacuzino, Carrel sunt doar câteva nume ce au avut contribuții majore în medicină, fiecare la timpul său și care dacă trăiau azi, când ne bazăm pe "studii randomizate" acești mari savanți nu ar fi reușit să pună în practică descoperirile lor.

Procedeu novator

„Iradierea pulmonară cu doze reduse" este cel mai clar exemplu de „procedeu novator, neaplicat pacienților din cauza neautorizării lui de către autorități". Birocrația face ca niciun procedeu medical nou să nu poată fi validat și aplicat decât după parcurgerea unor laborioase „studii randomizate", care de multe ori se finalizează când nu mai este nevoie de acel medicament sau gest terapeutic. În România au murit de la începutul pandemiei peste 63.000 de oameni, a căror cauze reale de deces nu au fost cercetate conform normelor medicale. Nu știm distribuția pe vârste, pe afecțiuni colaterale și în fond cauza reală a decesului. „Intubarea" a fost și ea folosită în disperare de cauză și rezultatul a fost nimicitor: 90% la sută dintre pacienții intubați nu au mai revenit acasă.

La început, "iradierea pulmonară cu doze reduse" a fost aplicată la un număr redus de pacienți cu Covid – 19 aflați în faze ale bolii prea avansate pentru a avea efect favorabil, adică oprirea reacției necontrolate a furtunii de „citochine", produsă în special la nivelul parenchimului pulmonar în faza acută a bolii. „Opozitia" doctrinarilor împotriva acestui procedeu a fost imensă, deși aceștia au folosit și folosesc medicamente cu studii ramdonizate care nu dovedesc niciun câștig clinic ci doar efectele secundare mai reduse, aceste studii justificând folosirea „oarbă" a unor medicamente foarte scumpe și ineficiante.

Concluzie

Au fost publicate mai multe studii pe această temă încă actuală, în reviste medicale de prestigiu și cu o bună audiență în rândul medicilor: concluzia cvasiunanimă a fost că în cazuri selectate, iradierea pulmonară cu doze mici la pacienții cu Covid este o măsură indicată și permite oprirea fazei „inflamatorii" și restabilirii funcționalității pulmonare, astfel că pacienții ies mai devreme de la terapie intensivă, și nici nu rămân cu sechele. Aspectele economice dar și cele „umane" sunt foarte evidente.

Terapia cu ozon

Autohemoterapia

Autohemoterapia este o metodă de a administra ozon în mod sistemic în organism, de a crește cantitatea de antioxidanți din sânge și o mai bună vascularizare a organelor vitale. Creierul, ficatul, inima, plămânii resimt astfel un aport crescut de oxigen, contracarând degenerarea sistemului circulator și respirator. De asemenea, această eliberare de oxigen în țesuturi duce și la un proces de creare de noi vase de sânge în teritoriile respective, ceea ce mai reduce din pierderea suferită în domeniul vascular din cauza îmbătrânirii.

Asist. Univ.
Dr. Lavinia Davidescu
Președinte Secțiune
Boli Rare a SRP

Se recoltează de la pacient prin intermediul unei puncții venoase între 100 și 300 de mililitri de sânge într-un recipient steril, vidat și apoi se amestecă cu o cantitate de ozon. Concentrația ozonului folosit (produs de un generator special) este stabilită de către medicul specialist, în funcție de efectul dorit și afecțiune.

Amestecul realizat se reintroduce înapoi în organism la fel cum a fost recoltat sângele, într-un interval de 20-30 de minute. Totul este steril și se realizează în circuit închis.

Sub acțiunea amestecului de oxigaen-ozon, sângele își mărește capacitatea de a reacționa și neutralizează radicalii liberi de oxigen din organism. Acești radicali liberi de oxigen provin din procese fiziologice în anumite cantități, dar se pot produce în cantități mari în anumite afecțiuni (diabet zaharat, infecții și inflamații ale aparatului respirator, boli vasculare, cancere, hepatite cronice, boli neurodegenerative) și atunci devin periculoși deoarece pot ataca celulele corpului (în special ADN-ul din nucleul celulei) și pot provoca distrugerea lor.

În ozonoterapie se pleacă de la următorul principiu

La baza oricărei afecțiuni se află oxigenarea insuficientă la nivel celular. Aceasta duce la apariția inflamației și, ulterior, a bolii. În această ecuație, intervine ozonul, care ajută corpul să transporte și să metabolizeze mai bine oxigenul.

În funcție de patologie și particularitățile pacientului, protocoalele terapeutice se particularizează, astfel că un tratament este compus în majoritatea cazurilor dintr-un număr de 06-10 ședințe cu frecvență de 3 pe săptămână.

În bolile metabolice și vasculare tratamentul se continuă până la vindecarea leziunilor cutanate și se menține apoi o ședință de întreținere pentru prevenirea recidivelor. La fel este și în afecțiunile aparatului respirator, tratamentul se continuă până la eliminarea leziunilor și a fibrozei pulmonare, iar apoi se continuă cu o ședință de întreținere pe lună.

În cancere, autohemoterapia se poate face permanent, în ritmul de 2 ședințe pe săptămână, inclusiv în perioada în care se fac cure de citostatice, pentru a ajuta organismul să suporte mai bine chimioterapia și să lupte cu boala.

În hepatitele cronice B sau C se fac 10 ședințe de autohemoterapie, în ritmul de două pe săptămână, pentru a se reduce încărcătura virală, apoi se continuă până la negativarea viremiei. Dat fiind că virusul rămâne cantonat în celulele hepatice, deși inactiv este bine să se facă ședințe de întreținere pentru prevenirea recidivelor.

Flux mare de oxigen pe canulă nazală (HFNC) în pneumonia cu virus SARS-Co-V2

Dispozitivele cu flux mare de oxigen pe canulă nazală au fost utilizate inițial în serviciile de terapie intensivă neonatologică, la prematuri, apoi au apărut studii care au recomandat folosirea HFNC la copii cu bronșiolită acută virală, astm, pneumonie, apnee în somn, în timpul transportului pacientului critic sau ca și suport respirator preintubare și postextubare.

Dr. Monica Marc,
medic primar pneumolog,
Șef Lucrări la UMF
„Victor Babeș" Timișoara

Dr. Norbert Wellmann,
medic rezident
pneumolog, Spitalul
Clinic de Boli Infecțioase
și Pneumoftiziologie
„Victor Babeș" Timișoara

În prezent, HFNC este folosită la diferite grupuri de vârstă, pentru că asigură eficiența ventilației și chiar evitarea necesității intubației. În comparație cu o canulă nazală obișnuită, HFNC este capabil să umidifice oxigenul și să-l încălzească chiar și până la 37°, atingând un debit de 60 L/minut. De asemenea, aceste dispozitive sunt capabile să asigure un FiO2 până la 100%. Un debit mărit constant duce la eliminarea dioxidului de carbon alveolar și previne astfel hipercapnia. Datorită aerului umidificat și încălzit, este îmbunătățit și clearance-ul mucociliar, iar pacienții nu au acuze precum uscarea mucoasei nazale sau orale. Setările se pot controla individual.

Deși variază de la producător la producător, aparatele HFNC nu sunt greu de ansamblat, iar componentele de bază ale tuturor sistemelor rămân aceleași. Este nevoie de sursă de oxigen sub presiune și aer reglementat de un debitmetru și omogenizator, umidificator cu încălzire atașat la un rezervor cu apă sterilă, circuit izolat și/sau încălzit care menține temperatura și umiditatea relativă și o interfață non-ocluzivă (canulă nazală).

La pacienții adulți și pediatrici există mai multe mecanisme de acțiune care au contribuit la eficacitatea HFNC:

Umidificarea și încălzirea oxigenului în terapia cu HFNC îmbunătățește clearance-ul secrețiilor și scade atât inflamația căilor respiratorii cât și efortul respirator. În terapia standard aerul este rece și uscat, având efecte negative atât asupra funcției mucociliare prin împiedicarea eliminării secrețiilor, cât și asupra căilor respiratorii, prin inflamația și creșterea rezistenței lor.

Creșterea cererii de oxigen (necesitatea inspiratorie): debitul inspirator de vârf în cazul unui pacient cu insuficiență

respiratorie acută, poate atinge și 120 l/min dacă acesta devine tahicardic (în mod normal în repaus necesită 30-60L/min de O_2). O mască obișnuită nu poate să ofere suport adecvat.

Capacitatea reziduală funcțională: cea mai bună estimare pentru presiunea pozitivă end-expiratorie (PEEP) furnizat de HFNC este de 1cm de H_2O pentru fiecare 10L/min de debit. Mărimea pacientului (obez, adult, copil), debitul livrat (l/min) și respirația cu gura închisă versus respirația cu gura deschisă, sunt factori care determină câtă presiune pozitivă end-expiratorie administrăm pacientului. De asemenea, aceste dispozitive permit obținerea diluției de O_2 și, prin fluxul de aer antrenat, eliminarea spațiului mort.

HFNC este folosit pe scală largă la pacienții cu variate boli și afecțiuni atât din terapie intensivă, cât și de pe alte secții, printre care și secțiile de pneumologie. Este indicat la pacienții cu insuficiență respiratorie hipoxemică acută (scăderea presiunii parțiale de oxigen <60 mmHg), insuficiență respiratorie postoperatorie, pneumonie (pentru că spre deosebire de sistemele de ventilație obișnuite, HFNC permite pacienților să tușească, iar secrețiile să fie mobilizate și aspirate), la pacienții cu edem pulmonar acut, dispnee acută și hipoxemie, care ajung în serviciul de urgență. S-a dovedit că ameliorează dispneea și hipoxemia.

Cele mai multe studii nu au arătat efecte adverse semnificative, totuși există câteva contraindicații când vine vorba despre folosirea acestui aparat. Printre acestea putem aminti pneumotoraxul, obstrucția căilor respiratorii superioare, apneea centrală, astmul, traumatismul sau intervenția chirurgicală la nivelul nazofaringelui precum și tulburări de conștiință, când pacienții sunt agitați, necooperanți, neresponsivi. Distensia abdominală, pneumotoraxul, intoleranța dispozitivului, sunt câteva dintre complicațiile care pot să apară la pacienții care folosesc HFNC.

Există mai multe opinii asupra utilizării HFNC în pneumonia COVID-19. Unele studii avertizează asupra potențialului generator de aerosoli în cazul utilizării de rutină și recomandă o abordare mai invazivă. Opinia contrară subliniază că încăperile cu presiune negativă, filtrele HEPA, echipamentele de protecție individuală, ajută la protejarea personalului medical și utilizarea HFNC este benefică prin evitarea intubării și a complicațiilor acestuia.

În concluzie, utilizarea HFNC la pacienții cu SARS-CoV-2 reduce semnificativ transferul lor pe secția de terapie intensivă și totodată se evită intubarea oro-traheală. Acest lucru nu numai că scade costurile, ci și asigură o rezervă de locuri disponibile pentru pacienții care necesită intubarea.

Cum poți regla tranzitul intestinal?

Tranzitul intestinal joacă un rol esențial în starea de sănătate a întregului organism. De altfel, se spune că sănătatea noastră începe și se sfârșește în intestine. Tulburările de digestie reprezintă o problemă destul de frecvent întâlnită în rândul adulților, dar și al copiilor, manifestându-se mai ales în cazul persoanelor de sex feminin. Principalele cauze ale problemelor tranzitului intestinal au legătură directă cu stilul de viață, tocmai de aceea, dacă vrei să îți reglezi sistemul digestiv, ar trebui prima dată să faci o evaluare a obiceiurilor tale și să le schimbi pe cele nesănătoase.

Primul obicei pe care îl poți introduce în rutina ta zilnică este să bei o cantitate de apă suficientă pentru a-ți hidrata întregul organism. De multe ori, problemele tranzitului intestinal provin din deshidratarea organismului. Dacă nu bei suficient de multă apă, organismul o absoarbe pe cea disponibilă, lăsând colonul uscat și determinând apariția tuturor dereglărilor sistemului digestiv. Nu ai crede că un pahar de apă în plus pe zi este atât de important până nu te confrunți cu diverse tulburări digestive.

O altă parte importantă a unui stil de viață sănătos este mișcarea zilnică. Sedentarismul este una dintre cauzele apariției constipației și în zilele noastre, din ce în ce mai mulți adulți își petrec ziua întreaga în fața unui birou, iar când ajung acasă se aruncă direct pe canapea sau pe fotoliu, uitând de cele 10-20 minute de mișcare zilnică. Mișcarea stimulează musculatura internă și ușurează digestia. Poți alege să mergi pe jos de la birou acasă sau să mergi la cursuri de pilates, yoga sau aerobic, care au avantajul de a te relaxa după o zi de muncă grea. Toate aceste exerciții te ajută să te menții în formă și în același timp să îți păstrezi sistemul digestiv sănătos.

Nu în ultimul rând, alimentația joacă un rol extrem de important în menținerea tranzitului intestinal. O alimentație bogată în fibre este regula de aur a unui stil de viață sănătos și a unui sistem digestiv sănătos. Fibrele alimentare au rolul de a-ți conferi acea senzație de sațietate și de a-ți asigura un tranzit intenstinal normal, fără constipație, balonări sau dureri de stomac. Există două tipuri de fibre: fibre solubile care reprezinta sursa de hrana pentru bacteriile bune din intestin și fibrele insolubile care au rolul de a facilita trecerea alimentelor prin sistemul digestiv, având un efect laxativ natural. Fibrele solubile le găsim în fulgi de ovăz, mere, citrice, căpșuni, morcovi, fasole sau semințe, în timp ce fibrele insolubile le găsim în nuci, grâu integral, orez brun, legume cu frunze verzi și legume rădăcinoase, varză, roșii, etc. În mod normal, un adult are nevoie de aproximativ 25 de grame de fibre pe zi, pentru a avea un sistem digestiv sănătos. Însă de multe ori stilul de viață agitat și lipsa timpului sunt asociate cu o alimentație dezechilibrată și nu reușim să atingem necesarul zilnic de fibre. Un ajutor în acest sens poate fi Optifibre, un produs din 100% fibre naturale, solubile, care hrănesc bacteriile bune din intestin și ajută astfel la reglarea tranzitului intestinal. Nu uita că un stil de viață echilibrat și grija pentru sănătatea ta și a celor din jur reprezintă temelia pentru orice îți dorești să construiești în viață!

OptiFibre®

Constipație? Balonare? Disconfort abdominal?

OptiFibre® conține 100% fibre solubile, cu efect prebiotic, care ajută la reglarea tranzitului intestinal.

Cui se recomandă OptiFibre®

Adulți și copii cu vârsta peste 3 ani

Femei însărcinate sau care alăptează

Vârstnici

	Număr de linguriițe de OptiFibre®				
	Adulți și copii > 11 ani			Copii 3-10 ani	
Ziua	Dimineața	Prânz	Seara	Dimineața	Seara
1-3	1			1/2	
4-6	1		1	1/2	1/2
de la ziua 7	1	1	1	1	1
	Doză maximă 5/zi			Doză maximă 3/zi	

- Se recomandă administrarea regulată de OptiFibre® pentru minimum 3 săptămâni, pentru un efect susținut.
- OptiFibre® are o toleranță bună și poate fi administrat pe termen lung fără efecte adverse.
- După ce consumați OptiFibre® nu este necesar un aport suplimentar de lichide, ca în cazul altor produse pe bază de fibre.

Avantajele OptiFibre®

100% origine vegetală

Gust neutru

Dozare ușoară

Fără gluten

- Peste 95% dintre consumatorii care au testat OptiFibre® au fost mulțumiți de efectele acestuia.*

OptiFibre® nu conține gluten sau zaharuri adăugate.
Poate fi consumat și de către persoanele care suferă de diabet.

Nestlé HealthScience

www.nestlehealthscience.ro/optifibre

*Studiu efectuat în perioada februarie – martie 2019 pe un eșantion de 230 de persoane cu probleme de tranzit intestinal.

Îmbătrânirea cardiovasculară și „longevitatea"

Cercetarea științifică a mecanismelor îmbătrânirii și metodele de atingere a longevității au câștigat teren în ultimele decade. Sunt cinci locuri în lume, adesea denumite ca „zone albastre": o parte din California (Loma Linda), Costa Rica, Sardinia, Ikaria (Grecia) si Okinawa (Japonia); aici s-au identificat arii întinse de centenari. Sunt studiate mecanismele patofiziologice ale îmbătrânirii cardiovasculare și longevității, interacțiunea, translația lor în viața „obișnuintă".

Prof. Dr.
Carmen Ginghină,
Clinica de Cardiologie,
Institutul de Urgență pentru
Boli Cardiovasculare
„Prof. C.C. Iliescu"
UMF „Carol Davila"

Care este legătura fiziopatologică dintre îmbătrânirea cardiovasculară și longevitate?

Stresul oxidativ pare să joace un rol important. Astfel, în acord cu „teoria radicalilor liberi ai îmbătrânirii", îmbătrânirea corespunde acumulării oxidative a constituenților celulari. Creșterea stresului oxidativ poate cauza mutații rezultând disfuncția celulară.

Eficacitatea mecanismelor antioxidante și rezistența la stresul oxidativ scad cu creșterea vârstei. Importanța stresului oxidativ cu îmbătrânirea și determinarea duratei vieții este ilustrată de o seamă de evidențe. Creșterea rezistenței la stresul exidativ este asociată cu prelungirea duratei vieții și este prezentă la „ființele" cu viață lungă comparându-se vârstnicii cu persoanele tinere.

S-au găsit nivele înalte de vitamină C și vitamină E antioxidante la bătrâni (centenari) sănătoși comparativ cu participanții vârstnici și tineri. Practic legătura patofiziologică potențială dintre vârstă și longevitate are la bază: stresul oxidativ, activarea inflamatorie, dezordinele metabolice (hiperglicemia, hiperinsulemia, rezistența la insulină, dislipidemia), dezordinele vasculare (disfuncția endotelială, HT arterială, stiffnessul arterial-rigiditatea arterelor), mecanismele genetice și epigenetice.

Activitatea inflamatorie este un factor care contribuie la legătura fiziopatologică dintre îmbătrânire și longevitate. S-a propus ca succesul răspunsului la inflamția de grad redus să explice longevitatea. Moleculele proinflamatorii sunt interleukinele, proteina C reactivă, factorul de necroză tumorală-α în timp ce moleculele antiinflamatorii pot fi protective. De asemenea, o sursă specială a inflamației este grăsimea viscerală.

Dezordinile metabolice – joacă si ele un rol important. Pentru mamifere – expunerea la hiperglicemie induce senescența. Culturile de celule din endoteliul uman expuse la concentrații de glucoză crescute – explică senescența precoce. Insulina, rezistența la insulină este un factor important al procesului de îmbătrânire. Metforminul are proprietăți antiîmbătrânire. Dislipidemia poate explica prin creșterea dimensiunii particulelor de lipoproteine – reducerea prevalenței hipertensiunii, sindromului metabolic și bolile cardio-vasculare. Hipertensiunea arterială este asociată cu inflamația subclinică.

De asemenea – mecanismul genetic și epigenetic poate explica legătura cu longevitatea. Telomerele lungi (o componentă din ADN) sunt asociate cu scăderea mortalității și creșterea longevității.

Desigur există metode de a trata toate aceste lucruri „naturist" (dietă naturală, activitate fizică, oprirea fumatului) și prin „intervenții" terapeutice ușoare (climat, poluarea aerului, radiațiile gama.

Actualități în hipertensiunea arterială

Hipertensiunea arterială rămâne una din cauzele majore de mortalitate la nivel global, cu 10,4 milioane de decese pe an. Hipertensiunea arterială are o creștere de prevalență în țări cu nivel de dezvoltare economică mai redusă, cu peste 1 miliard de pacienți în aceste țări, în care există și un nivel scăzut de conștientizare, tratament și control terapeutic al bolii.

Prof. Dr.
Doina Dimulescu,
„UMF Carol Davila"
Președinte Societatea
Română de Hipertensiune

Apariția noilor Ghiduri de management în boala hipertensivă - Ghidul Societăților Americane în 2017 și Ghidul Societăților Europene în 2018 a produs noi dezbateri privind definirea hipertensiunii arteriale, modalitățile de evaluare, strategiile terapeutice și țintele terapeutice. Ghidul European a păstrat valoarea tensiunii arteriale de 140/90 mmHg ca limită, față de valoarea de 130/80 mmHg din Ghidul American, care era definită ca "pre-hipertensiune". Ghidul European, spre deosebire de cel American, recomandă scăderea TA sub 140 mmHg până la 120 mmHg, dacă este bine tolerată, în diferite condiții patologice asociate: diabetul zaharat, boala cardiacă ischemică, boala renală cronică, post AVC.

Criticilor care au afirmat că această redefinire a HTA crește semnificativ populația încadrabilă în boală, li s-au adus date din USA și din alte arii geografice, care documentează creșterea riscului cardiovascular peste valorile TA de 130/80 mmHg.

Studii clinice

În 2021 s-a publicat metaanaliza care reunește date din 48 de studii clinice ce au inclus pacienți cu hipertensiune arterială cu și fără boală cardiovasculară; a fost explorat efectul scăderii terapeutice a TA sistolice de la peste 170 mmHg, până la sub 120 mmHg.

După o perioadă de urmărire de 4-15 ani s-a dovedit că o scădere cu 5 mmHg a TA sistolice a redus cu circa 10% riscul unui eveniment cardiovascular major, independent de prezența unei boli cardiovasculare asociate.

Aceste date sugerează că reducerea farmacologică a TA sistolice este la fel de eficientă în prevenirea evenimentelor cardiovasculare , chiar la valori ale TA care nu sunt în prezent considerate pentru a primi tratament.

Societatea Internațională de Hipertensiune (ISH) a publicat în 2020 Ghidul de hipertensiune care definește standarde esențiale și standarde optime de diagnostic și terapie. Definirea hipertensiunii arteriale începe de la valoarea TA 140/90 mmHg; HTA gradul I: 140-159/90 mmHg, iar HTA gradul II mai mare de 160/100 mmHg. TA optimă este definită ca TA sub 130/85 mmHg, iar TA normal-înalta 130-139/85-90 mmHg.

Ghidul nuanțează momentul instituirii terapiei farmacologice: după 3-6 luni de modificare a stilului de viață în HTA de gr I și imediat în HTA de gr II. Țintele terapeutice sunt sub 140/90 mmHg, dar nu sub 120/70 mmHg la pacienții peste 65 ani, iar pentru pacienții sub 65 ani ținta terapeutică este sub 130/80 mmHg, dar nu mai puțin de 120/70 mmHg. Țintele terapeutice trebuie atinse în maximum 3 luni de la inițierea terapiei.

Tromboembolismul venos

Tromboembolismul venos a cărei epidemiologie este suprapozabilă cu cea a emboliei pulmonare reprezintă a treia cauză cardiovasculară de deces la nivel european, după infarctul miocardic și accidentul vascular cerebral, provocând peste 350.000 de decese anual. Mulți dintre pacienții cu embolie pulmonară masivă au ca și prim simptom moartea subită cardiacă, astfel epidemiologia aceastei patologii este subdiagnosticată sau deopotrivă pacienții rămân nediagnosticați din cauza formelor cvasisimptomatice de boală.

As. Univ.
Dr. Alice Munteanu
Medic primar cardiologie,
Medic primar
medicină internă
SCUMC „Dr. Carol Davila"

Acest lucru se întâmplă din cauza heterogenității simptomelor, precum dispneea și durerea toracică anterioară, prezente și în alte afecțiuni cardiologice sau atribuite altor patologii din sfera gastroenterologică sau pneumologică.

Tromboembolismul pulmonar (TEP) se produce atunci când un tromb (cheag de sânge), cel mai frecvent de la nivelul unei vene profunde, se desprinde și ajunge la nivelul plămânilor unde se blochează la nivelul unui vas de sânge. Originea trombilor este reprezentată în 90% din cazuri de trombozele venoase ale membrelor inferioare.

Incidența TVP este de 100-200 la 100.000 locuitori care sunt diagnosticați cu TEP, totodată EP poate fi letală în fază acută sau poate conduce la boli cronice, precum hipertensiunea pulmonară tromboembolică sau insuficiență cardiacă. Această patologie este una invalidantă care poate scădea foarte mult calitatea vieții pacientului, prognosticul pe termen mediu și lung fiind unul nefavorabil.

De asemenea, costurile managementului acestei boli sunt unele crescute din cauza ansamblului de proceduri care o implică și perioadei lungi de spitalizare.

Factorii de risc pentru embolia pulmonară reprezintă continuumul factorilor de risc vasculari clasici precum: vârsta, hipertensiune arterială, diabetul, dislipidemie, sedentarismul.

Și viceversa embolia pulmonară reprezintă factor de risc pentru apariția evenimentelor coronariene și accidentului vascular cerebral.

Algoritmul de diagnostic

Acesta începe cu suspiciunea clinică ridicată, simptomatologia și tabloul biologic, în special nivelul ridicat sanguin al D-dimerilor (crescut în prezența trombozei venoase acute).

În funcție de severitate și de urgență se realizează tomografie computerizată (CT) pentru a pune diagnosticul de certitudine sau ecografie cardiacă pentru a cuantifica repercursiunile asupra ventriculului drept.

Obiectivul este de a stabili diagnosticul cât mai prompt și mai precis posibil, astfel încât să poată fi începută terapia salvatoare de viață și să poată fi prevenit pasajul altor trombi la nivel vascular.

Tratament

Medicamentele anticoagulante favorizează dizolvarea cheagului și repermeabilizează vasul de sânge obturat. În anumite situații, trombul trebuie dizolvat de urgență cu ajutorul medicamentelor trombembolice, intervențional sau chirurgical. Ghidul oferă indicații pentru aprecierea severității emboliei pulmonare coroborând datele clinice, imagistice și de laborator, iar în funcție de severitate se va alege abordarea terapeutică optimă: necesitatea trombolizei medicamentoase, intervenționale sau chirurgicale.

Inițierea de anticoagulante orale noi la un pacient cu EP, atunci când este eligibil, este recomandată de noile ghiduri de specialitate în vigoare.

10th
NEUROSURGICAL MASTERCLASS:
INSPIRING THE NEW GENERATION
MARCH 4-6 / 2022
CLUJ-NAPOCA
Hotel Golden Tulip Ana Dome

A VI-A EDIȚIE A CONFERINȚEI NAȚIONALE MULTIDISCIPLINARE
MITURI & ADEVĂRURI despre SIGURANȚA "traiului modern"
Sub egida Secției de Toxicologie (afiliate la EUROTOX) a Societății de Științe Farmaceutice
24-25 MARTIE 2022
Președinte:
Conf. Univ. Dr. CAROLINA NEGREI
COORDONATOR ȘTIINȚIFIC:
Șef lucrări Dr.
RADU CIPRIAN ȚINCU
Președinte Comitet Științific:
Acad. Prof. Univ. Dr. Farm. DUMITRU LUPULIASA

SCMI
Societatea Română de Medicină Internă
fondată în anul 1919
EDIȚIA A II-A
INTERFERENȚE METABOLICE, CARDIOVASCULARE ȘI RENALE ÎN MANAGEMENTUL DIABETULUI ZAHARAT
COORDONATOR ȘTIINȚIFIC: PROF.DR. GABRIELA RADULIAN
30 - 31 MARTIE
ONLINE
PLATFORMA WEBEX
Elia Congress & Events
Secretariat Organizatoric
Tatiana Preduca
Mobil: +40 742 355 772
Email: tatiana.preduca@elia.ro

SRMI
SRP
A VI-A CONFERINȚĂ INTERDISCIPLINARĂ
Cancerul pulmonar
18-19 martie 2022
DE LA O AFECȚIUNE INCURABILĂ LA O MALADIE CRONICĂ
Co-președinți:
Prof. Dr. Ruxandra Ulmeanu
Prof. Dr. Ion Bruckner
ONLINE
Webex Cisco
SECRETARIAT ORGANIZATORIC
Elia Congress&Events - 021 315 65 11
Persoană de contact
Alexandra Filip
alexandra.filip@elia.ro
0742 255 7723

THE XIth NATIONAL CONGRESS OF COLOPROCTOLOGY WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION
17th - 19th March 2022, Bucharest, ROMANIA, Crowne Plaza Hotel

organizatori
parteneri
CONFERINȚA MULTIDISCIPLINARĂ
de ONCOLOGIE în PRACTICA MEDICALĂ
24 - 26 martie 2022
+ sesiune internațională
ONSITE | ONLINE | HIBRID
Eveniment dedicat medicilor din specialitățile conexe oncologiei și medicilor de familie
ONCO UPDATE
· Cancerul de prostată · Cancerul de sân · Cancerul de plămân · Cancerul colonorectal ·
· Cancerele ginecologice · Cancerul de stomac · Cancerul hepatic · Melanomul ·