246

săptămâna MEDICALĂ

Anul XVI • Nr. 246 • Martie 2020

4.75 lei

Cardiologie - Pneumologie

Controlează-ți permanent tensiunea arterială!

Deficitul de fier slăbește inima

Tuberculoza – una din primele 10 cauze de deces

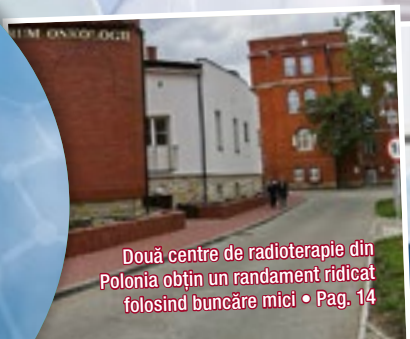
Copilul cu astm bronșic - cum îi ameliorăm calitatea vieții?

Fumatul la tineri - de ce fumează adolescenții?

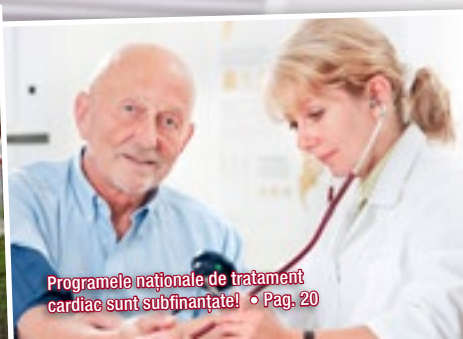
Conjunctivita

Etichete și roluri

Constipația - diagnostic și tratament



Două centre de radioterapie din Polonia obțin un randament ridicat folosind buncăre mici • Pag. 14



Programele naționale de tratament cardiac sunt subfinanțate! • Pag. 20

5 948377 000122 00246

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.

www.nestlehealthscience.ro/optifibre

Nestlé HealthScience

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

Constipația - diagnostic și tratament

Constipația este un simptom pentru care pacienții se adresează frecvent medicului de familie. Pentru a defini constipația nu este suficient să utilizăm criteriul frecvenței scaunelor, trebuie considerate și senzațiile subiective de efort de defecație, defecație dureroasă, defecație incompletă, scaun „prea tare“ sau „prea mic“.

Prof. Univ.
Dr. Dumitru Matei,
medic pediatru

Numărul normal de scaune este foarte variabil, de la 7 scaune pe zi la sugarul alimentat la sân până la 1 scaun la 2-3 zile la adult. Etiologia este variată, prin alterarea mecanismului de secreție sau de progresie.

Vorbim despre constipație acută dacă simptomele au fost prezente timp de mai puțin de patru săptămâni. Simptomele de durată mai lungă sunt clasificate drept constipație funcțională, cronică.

Extrem de important este o intervenție terapeutică timpurie și corectă în timpul episoadelor acute sau recurente de constipație acută, astfel se pot preveni complicații precum fisura anală, retenția de materii fecale, constipația cronică.

Factorii favorizanți pentru apariția constipației sunt reprezentați de alimentație, activitatea fizică, vârstă și sex. Constipația este mai frecventă la sexul feminin, la persoane sedentare și la vârstnici.

După excluderea cauzelor locale și a constipației datorate unor obiceiuri alimentare sau consum de medicamente, un pacient care se prezintă pentru constipație tebuie evaluat în vederea stabilirii unei cauze sistemice.

O schimbare recentă a tranzitului intestinal implică obligatoriu evaluarea pacientului adult în vederea existenței unui neoplasm colo-rectal, în special atunci când există și factori de risc. Se evaluaeză existența simtomelor asociate (scădere ponderală, dureri abdominale, meteorism, greață, vărsături simptome genito-urinare), precum și existența unor modificări paraclinice (hemoleucograma, sideremie, probe inflamatorii, glicemie, hormoni tiroidieni)

Un diagnostic de constipație funcțională trebuie luat în considerare numai după ce se exclud bolile neurologice, musculare sau sistemice ce se pot asocia cu constipația. Criteriile de diagnostic pentru constipația funcțională sunt reprezentate de existența a minim 2 din cele de mai jos/ săptămână, minim 1 lună cu criterii insuficiente pentru stabilirea diagnosticului de colon iritabil:

1. Două sau mai multe scaune pe săptămână la copilul cu vârsta mai mare de 4 ani
2. Minim 1 episod de incontenență fecală pe săptămână
3. Istoric personal de retenție a materiilor fecale
4. Istoric de mișcări intestinale dureroase
5. Prezența fecaloamelor masive la nivelul rectului
6. Prezența scaunelor masive ce pot obstrua toaleta

Examenul clinic al pacienților trebuie orientat spre diagnosticarea bolilor extradigestive ce pot contribui la apariția constipației.

Bradicardia, tegumentele uscate, creșterea greutății sunt semne ce pot sugera existența hipotiroidiei. Aspectul general al pacientului, faciesul sau timbrul vocii orientează spre

boală Parkinson sau depresie. Existența obezității abdominale, alături de evaluarea glicemiei poate stabili diagnosticul de diabet zaharat.

Palparea și percuția abdomenului ne oferă date despre pierderea sensibilității, existența distensie, fecale dure, un colon palpabil, sau o formațiune inflamatorie sau neoplazică.

Zona perianală ar trebui examinată pentru cicatrici, fistule, fisuri, si hemoroizi externi sau asimetria sficterului anal.

Tușeul rectal contribuie la evaluarea pacientului, prezența unui fecalom, strictura anală sau formațiuni rectale obstructive, tulburare neurologică care afectează sfincterul anal.

La cei peste 50 de ani, mai ales dacă au și factori de risc pentru neoplasm colo-rectal, se recomandă screening prin efectuarea testelor de hemoragie ocultă, colonoscopie sau sigmoidoscopie cu tub flexibil.

Uneori, în unele centre medicale specializate, se recomandă manometria anorectală alături de investigații electromiografice pentru a înregistra funcția sfincterului anal extern.

Tratamentul constipației trebuie individualizat, se ia în considerație durata și gravitatea constipației, vârsta, factorii favorizanți, terapia bolii de bază. Managmentul inițial al constipatiei cronice include educația pacientului, modificarea comportamentului prin schimbarea dietei, hidratare corectă, creșterea consumului de fibre, print-o alimentație bogată în fructe și legume, combaterea sedentarismului, intensificarea activității fizice. Suplimentarea cu fibre alimentare nu este întotdeauna suficientă, mai ales la pacienții cu leziuni obstructive sau megacolon La copilul mic se are în vedere reeducarea ritmului scaunelor prin stabilirea unui orar al scaunelor, prin așezarea la oliță în anumite momente ale zilei, legate și de alimentație. Aceste măsuri igieno-dietetice se asociază cu tratament etiologic, functional, patogenic sau simptomatic. Un rol important în tratamentul constipației la copilul mic de grădiniță sau la școlar este reprezentat de consilierea psihologică.

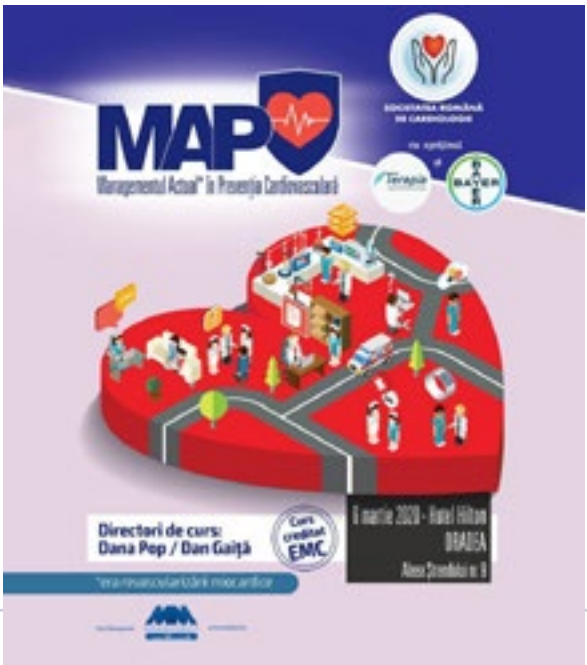
În concluzie

având în vedere faptul că tulburările de tranzit reprezentate de constipație reprezintă un simptom frecvent atât la copil, cât și la adult. Intervenția timpurie în timpul episoadelor acute sau recurente de constipație acută poate preveni complicații precum fisura anală, retenție de materii fecale, constipația cronică și encoprezia.Un diagnostic de constipație funcțională trebuie luat în considerare numai după ce se exclud bolile neurologice, musculare sau sistemice ce se pot asocia cu constipația.Managmentul inițial al constipatiei cronice include educația pacientului, modificarea comportamentului, schimbarea dietei, urmat de tratament etiologic, pathogenic sau simtomatic, individualizat în funcție de etiologie, sex și vărstă.

Controlul fibrilației la bătrâni

Fibrilația atrială este o boală frecventă. Peste vârsta de 80 de ani, cam 1 din 10 oameni sunt în fibrilație atrială. Pe de altă parte, fibrilația atrială nu e un dezastru, ea poate fi tratată și controlată. Marea complicație constă în faptul că sângele stagnează în interiorul inimii și se formează cheaguri care pot determina evenimente embolice, cel mai frecvent - accident vascular cerebral, care este complicația principală a fibrilației atriale. Pentru a preveni apariția evenimentelor embolice și în special a AVC la pacienții în fibrilație atrială, trebuie să administrăm un tratament anticoagulant. La ora actuală avem două categorii de medicamente cu efect anticoagulant - pe de o parte antivitaminele K, ce au dezavantajul că pacientul trebuie monitorizat atent și totodată are o variabilitate mare a eficienței în funcție de alimentație, diferitele obiceiuri zilnice, efort etc. Pe de altă parte, avem ceea ce numim noile anticoagulante orale (au deja 10 ani de când au apărut pe piața europeană) și care au avantajul că nu necesită această monitorizare, pacientul nu trebuie să meargă lunar la analize, sunt mult mai stabile din punctual de vedere al interacțiunilor cu alte medicamente sau cu alimentația pacientului. Toate au un risc mai mic de sângerare, în special intracraniană (cea mai severă) și de care ne temem la un pacient pe tratament anticoagulant.

Prof. Dr. Dragoș Vinereanu,
Președintele Societății Române de Cardiologie (SRC)



săptămâna MEDICALĂ

Cuprins

Constipația - diagnostic și tratament 3
Două centre de radioterapie din Polonia obțin un randament ridicat folosind buncăre mici 6
Conjunctivita 8
Etichete și roluri 9
Terapii naturale în afecțiuni respiratorii însoțite de tuse 10
Fumatul la tineri - de ce fumează adolescenții? 12
Produse naturale recomandate în probleme cardiace 14
Copilul cu astm bronșic - cum îi ameliorăm calitatea vieții? 16
Metode de recuperare a capacității pulmonare ..18
Tuberculoza – una din primele 10 cauze de deces 19
Inteligența artificială în tratamentul bolilor pulmonare 20
Controlează-ți permanent tensiunea arterială! 21
Programele naționale de tratament cardiac sunt subfinanțate!..... 22
Monitorizarea inimii 24-72 ore 24
Primele semne de tromboză venoasă profundă (TVP) și tromboembolism pulmonar (TEP).... 26
Deficitul de fier slăbește inima..... 28
Riscul cardiovascular produs de diabet 29
Medicamentele cardiovasculare: aderență, între eficacitate și eficiență..... 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

Două centre de radioterapie din Polonia obțin un randament ridicat folosind buncăre mici

Sursa: publicația Centerline

Noile sisteme Halcyon™ ajută două centre din Polonia la tratarea unui număr mare de pacienți este vorba de Centrul de Oncologie din Wroclaw - Silezia Inferioară și Centrul Oncologic Westpomeranian din Szczecin. În ambele cazuri, alegerea unui nou accelerator liniar (LINAC) a fost limitată de dimensiunea mică a buncărelor.

„Ne-am dorit un LINAC de ultimă generație, dar aveam nevoie de unul care să se încadreze în micul nostru buncăr, care adăpostise anterior un Clinac® 600 și - înainte de asta - un sistem de radioterapie cu cobalt", a spus dr. Lukasz Trembecki, oncolog radiolog la Centrul Oncologic din Silezia de Jos.

„Un alt factor important a fost blindajul structural încorporat [al sistemului Halcyon], care a redus necesitatea de ecranare de care aveam nevoie în interiorul pereților buncărului", a adăugat el.

Michal Falco, doctor în medicină, șef al departamentului de radioterapie clinică de la Centrul de Oncologie Westpomeranian, a spus că, pe lângă faptul că echipamentul trebuie să aibă loc într-un spațiu mic, el avea nevoie ca noul LINAC să poată gestiona un volum mare de pacienți. Centrul său deservește o zonă cu peste 1,5 milioane de locuitori. Pe lângă amprenta mică a sistemului, el „este extrem de rapid: putem livra o fracție în mai puțin de trei minute".

Eficiență operațională pentru un randament ridicat al pacientului

Sistemul Halcyon al centrului Szczecin a fost primul instalat, în ianuarie 2018, în aproximativ o săptămână.* Sistemul centrului Wroclaw a fost instalat în aceeași lună, la mai puțin de două săptămâni. * A durat mult mai mult ca amplasamentele să obțină permisele necesare de la Agenția Poloneză pentru Energie Atomică, necesare pentru utilizarea clinică a sistemului.

În anul ce a trecut de atunci, dr. Trembecki și echipa sa au tratat peste 250 de pacienți. „Am crescut semnificativ volumul de pacienți", a spus el, „ceea ce este important, având în vedere că sistemul nostru Halcyon funcționează doar de la 8 dimineața până la 3 după-amiază".

Dr. Falco și echipa sa folosesc sistemul Halcyon timp de 14 ore și tratează aproximativ 94 de pacienți pe zi. „Am început cu leziuni parțiale, precum și cu tumori prostatice și tumori ginecologice", a spus el. „Pe măsură ce am devenit mai abili in utilizarea sistemului, ne orien-

tam asupra tumorilor la plămâni, cap, gât si creier. Tratăm, de asemenea, cancerul de sân, dar tratăm în principal cancerul de abdomen și pelvis".

Echipa dr. Trembecki relatează că utilizează sistemul pentru a furniza tratamente VMAT sau IMRT pentru cancerul pulmonar, al prostatei, al capului și gâtului, precum și metastaze ale creierului și oaselor. „Pentru volume mici, în mod normal, folosim unul până la două arcuri sau trei-patru câmpuri IMRT", a explicat dr. Trembecki. „În cazul unor volume mai mari, cum ar fi cancerul de prostată cu implicare nodală, creștem numărul de arcuri la patru. Eficiența mașinii este de neegalat. Configurăm, obținem imagini și tratăm majoritatea pacienților în zece minute.

În viitor, ar trebui să putem crește volumul pacienților și să tratăm până la șase pacienți într-o oră".

Asigurarea calității mai facilă, imagistica și planificarea tratamentului mai simple

Controlul calității sistemului Halcyon este simplu, a spus dr. Trembecki, subliniind caracteristici precum lipsa unui braț C și a unui sistem laser stabil, care este acoperit de un „control automat al performanței" zilnice, care servește la simplificarea proceselor de control.

Ca și centrele de oncologie cu radiații (ROC) din Toowoomba, Australia, echipa de la centrul Wroclaw a început cu imagistica MV-CBCT și a adăugat kV-CBCT când aceasta a devenit

disponibilă, odată cu Halcyon 2.0. „La sfârșitul lunii septembrie 2018, am actualizat la versiunea 2.0 cu imagini kV-CBCT", a spus dr. Trembecki. „Acum folosim kV-CBCT pentru verificarea volumetrică și MV-MV pentru verificarea planară. Mai mult, Interactiv CBCT ne ajută să vizualizăm mai bine punctele de referință, scala de gri și [anumite] structuri anatomice".

În ceea ce privește planificarea tratamentului pentru sistemul Halcyon, dr. Trembecki apreciază măsura în care a fost automatizat procesul. „Simțim că automatizarea reduce riscul de eroare umană", a declarat el.

Dr. Falco a menționat că un proces de ghidare a imaginii simplificat, care permite imagistica cu fiecare fracție, ajută echipa sa să se simtă confortabil cu reducerea marjelor la planificarea volumelor țintă, în special pentru prostată. Precizia de direcționare este îmbunătățită în continuare de viteza tratamentului, ceea ce lasă puțin timp pentru mișcarea între fracții.

Confortul pacientului este, însă, cel mai important avantaj al sistemului Halcyon, a spus dr. Falco. „Mașina ne permite să oferim o doză foarte rapid și foarte precis și asta este confortabil pentru pacienții noștri. Aproape o treime din pacienții noștri sunt tratați în sistemul Halcyon, care primește la tratament de două ori mai mulți pacienți comparativ cu celelalte linii ale noastre".

*Timpul de instalare variază în diferite zone geografice; consultați reprezentantul Varian.

(www.varian.com/oncology/events- resources/centerline/halcyon-system-brings-greater-access-quality-radiotherapy)

Informațiile prezentate aici reprezintă experiența reală a persoanelor menționate și pot să nu reprezinte neapărat opiniile Varian sau ale instituției menționate mai sus. Persoanele nu au fost compensate pentru participarea lor. Tratamentul cu radiații poate să nu fie adecvat pentru toate tipurile de cancer. Rezultatele individuale pot varia.

LINAC – l.eng. liniar acelerator – l.rom. accelerator liniar

MV-CBCT – l.eng. megavoltage cone beam CT – l.rom. CT cu fascicul conic mega voltaj

kV-CBCT – l.eng. kilo voltage cone beam CT – l.rom. CT cu fascicul conic kilo voltaj

MV-MV – l.eng. megavoltage – megavoltage – l.rom. mega voltaj – mega voltaj, presupune folosirea a 2 imagini plane

Interactiv CBCT – l.eng. interactiv cone beam CT – l.rom. CT cu fascicul conic interactiv

Conjunctivita

Conjunctivita reprezintă inflamația acută sau cronică a conjunctivei. Conjunctiva este o membrană subțire și transparentă care acoperă partea albă a ochilor, cu rol de protecție și de umezire a ochiului. Datorită localizării ei, conjunctiva este expusă agresiunilor externe (microorganisme, substanțe iritante sau patogene).

Dr. Grigorios Triantafyllidis,
Medic primar Oftalmolog
Clinica de Oftalmologie
Ama Optimex

Cauzele conjunctivitelor pot fi variate:

- igiena necorespunzătoare (frecarea ochilor cu mâna murdară)
- folosirea produselor cosmetice și de machiaj contaminate
- utilizarea neadecvată a lentilelor de contact
- contactul cu persoane care suferă de o formă de răceală sau gripă sau deja contaminate cu infecție oculară
- alergiile sezoniere
- contactul cu apă infectată sau insuficient clorinată din piscine, ștranduri sau bazine de înot.

Simptomatologia poate să fie variată în funcție de formă și de evoluția afecțiunii: ochi roșu, senzație de corp străin, cu mâncărime și arsură, secreții purulente verzui sau alb-gălbui, lăcrimare abundentă, poate și o sensibilitate la lumină.

Tipuri de conjunctivită:

Conjunctivita bacteriană este determinată frecvent de o bacterie stafilococică sau streptococică și mai rar de germeni cum ar fi Chlamydia sau Haemophilus Influenza. Prezența de secreții muco-purulente, consistente, albe-gălbui este specifică, asociată cu înroșirea ochiului.

Conjunctivita virală apare după sau însoțește o infecție a căilor respiratorii superioare, gripă sau răceală. Este foarte contagioasă, iar secreția ochilor, de obicei, este apoasă. Este cauzată, în general, de adenovirus, iar tabloul clinic este asociat de multe ori și cu ganglioni preauriculari, dureri de cap și febră. De asemenea, se bilateralizează repede, în 24-48 de ore. Vindecarea conjunctivitelor virale poate să dureze aproximativ 3 săptămâni.

Conjunctivita alergică nu este contagioasă, adică nu se transmite de la o persoană la alta. Este frecvent întâlnită sezonier, de obicei primăvara și toamna. Tabloul clinic este mai puțin zgomotos, cu lăcrimare abundentă, prurit și senzație de arsură locală.

Prevenire:

În perioada infecțiilor virale sau bacteriene nu trebuie să folosim la comun lucrurile de igienă personală (prosopul, fața de pernă) și trebuie să ne spălam frecvent mâinile și fața cu apă și săpun, să nu atingem partea oculară și să nu ne frecăm ochii. Trebuie evitată folosirea produselor cosmetice în exces sau a celor expirate.

Tratamentul conjunctivitei

În general, se bazează pe administrarea locală, topică, de picături cu antibiotic cu spectru cât mai larg de acțiune. La formele virale de conjunctivită se asociază administrarea de unguente antivirale, iar la formele alergice picături antihistaminice. Nu se recomandă aplicarea unui pansament pe ochiul cu orice formă de secreție pentru că așa se favorizează dezvoltarea germenilor și nu este benefică vindecării. Trebuie să reținem că netratarea conjunctivitelor în timp sau necorespunzătoare poate determina complicații locale, adică keratita, cu scăderea vederii, de multe ori ireversibilă. La recomandarea medicului oftalmolog se poate efectua examenul de secreție conjunctivală, iar atunci alegerea antibioticului se va face în funcție de rezultatul antibiogramei.

Sfătuiesc pacienții care constată apariția unor simptome specifice conjunctivitei să se adreseze unui medic oftalmolog, pentru că numai în urma unui consult oftalmologic, cu examinare la biomicroscop, se poate aprecia conduita terapeutică adecvată.

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

Etichete și roluri

„Tu ești bun la matematică, iar tu ești talentat la desen…“. „Tu semeni cu tatăl tău, îți place să faci sport, iar tu, semeni cu bunica, ești generoasă,…“

Cristina Fűlőp
Cabinet Individual de Psihologie
0722.509.713

Vă sună cunoscut? Ați rostit cuvinte similare în fața copiilor voștri? Sau poate ați auzit ceva asemănător când erați copil, spus de unul dintre părinți sau de către vreun bunic? Vă rog, încercați să vă amintiți cum a fost atunci, pentru voi? Cum v-ați simțit? Cât de mult ați fost influențat de astfel de cuvinte?

Pentru că adulții din jurul unui copil sunt referințe importante pentru acesta, cel mai probabil, ceea ce spun aceștia constituie “adevăruri absolute” pentru micuț, “adevăruri” care de cele mai multe ori restricționează, constrâng și impun limite și exigențe, nocive dar, mai cu seamă, ne-necesare.

Deși par inofensive, iar pentru unii, pot părea chiar gratificante și/sau încurajatoare, astfel de idei “pun” copilul într-un rol, “certificându-i” cum este, ce trăsături are, ce îi place sau și mai derutant, cum nu este, ce nu îi place și mai ales, ce nu este capabil să facă.

Ar fi potrivit ca, atunci când ne gândim la educație, să ne imaginăm un pârâu care curge în matca lui și pe care doar îl ajutăm mai degrabă ghidându-l și nu căruia îi săpăm șanțuri pentru a-l face să curgă în felul în care vrem noi…

Un copil poate evolua în aceeași direcție în care a evoluat sau evoluează și fratele, sora, părinții ș.a.m.d, sau nu. Dacă unul dintre copii este talentat sau are abilități deosebite într-o direcție, nu înseamnă neapărat că celălalt nu poate avea și el. Amintiți-vă de Michael Jackson și de frații lui…

Ce vreau să spun, este că psihicul unui copil este asemenea unui burete care absoarbe totul din exterior, așa încât cei mai apropiați adulți produc cele mai importante influențe asupra unui copil. Etichetările și adevărurile, fie ele pozitive, fie negative, produc restricționări, modelând nenatural personalitatea copilului. Mai mult decât atât, dacă într-o zi un copil are un anumit rezultat la o activitate, nu este obligatoriu ca în fiecare zi să performeze similar la acea activitate. “Dați-i voie” să fie flexibil și creativ și să aleagă conform cu cine este în acea nouă zi.

Cel mai bine, și de altfel corect, este să încurajăm copiii să se descopere, să experimenteze, să se străduiască și să își dorească *să devină, să facă, să încerce și să fie curioși în legătură cu cine sunt și ce pot face.*

Așadar, părinți și dascăli, acceptați individualitatea fiecărui copil și amintiți-vă continuu cât de important și modelator este fiecare cuvânt pe care îl rostiți.

Terapii naturale în afecțiuni respiratorii însoțite de tuse

Tusea, conform definiției, este un reflex brusc și repetitiv care ajută la curățirea tractului respirator superior de secreții, substanțe iritante, particule, corpuri străine sau microbi.

Dr. Oana Socoliuc,
Medic primar medicină de familie - Timișoara

În funcție de durată, tusea poate fi acută, dacă durează mai puțin de 3 săptămâni, subacută (între 3 și 8 săptămâni) și cronică, dacă durează mai mult de 8 săptămâni.

În funcție de tipul tusei, aceasta poate fi seacă sau productivă.

Caracterul tusei poate da indicii medicului despre etiopatogenia tusei și despre stadiul bolii, ceea ce va ajuta la stabilirea diagnosticului și a tratamentului adecvat: tusea răgușită, cu afonie, tusea lătrătoare, tusea cu wheezing, tusea convulsivă.

Atunci când apare acest simptom, trebuie stabilită cauza lui. La copii poate fi un reflex fiziologic normal, ei pot tuși în medie de 10 ori pe zi fără o patologie asociată.

Tusea seacă apare la debutul afecțiunilor respiratorii. Dacă este apărută în contextul unei viroze sau infecții microbiene respiratorii, se asociază cu alte simptome ale aparatului respirator (strănut, rinoree, durere faringiană) sau generale (febră) și este de dată recentă. Poate apărea și în debutul bolilor eruptive (pojar). În afecțiunile cardiace, tusea apare la cei cu insuficiență cardiacă, pericardită sau boli valvulare cu dilatarea atriului stâng.Tusea seacă poate fi strict psihogenă la copiii cu tulburări nevrotice sau emoționale, o tuse prin obișnuință (tic) sau intenționată.

O tuse seacă cu sufocare, brusc apărută, în plină stare de sănătate, la un copil, pune problema aspirației unui corp străin și constituie o urgență.

Tusea productivă este un indiciu pentru o afecțiune a aparatului respirator care evoluează cu hipersecreție bronșică, urmează de obicei după o tuse inițial seacă.

Tusea răgușită sau cu afonie este determinată de afecțiuni ale laringelui sau ale zonelor din vecinătate, care determină compresiune.

Tusea cavernoasă are un timbru metalic și este determinată de existența unei caverne, în cazul tuberculozei pulmonare.

Având în vedere multitudinea cauzelor posibile ale tusei este de dorit ca tratamentul să înceapă numai după ce un medic a stabilit cauza acesteia.

În cazul tusei acute din bolile respiratorii sezoniere, la persoane fără altă patologie asociată, tusea poate fi tratată ca atare, fără investigații suplimentare. Pentru aceste situații, dar și pentru patologia cronică, după ce diagnosticul a fost stabilit, gemoterapia și fitoterapia pot fi de real ajutor.

La debutul unei afecțiuni respiratorii, însoțită de disconfort la nivelul gâtului – senzație de iritație, tuse seacă, iritativă puteți începe prin administrarea comprimatelor masticabile **Fiorda** ce conțin ingrediente 100% naturale (extracte de Lichen islandez, Nalbă de grădină, Măceș, iar varianta **Fiorda Junior** – Lichen islandez, Tei argintiu și lactoferină), pot fi administrate copiilor, femeilor însărcinate și celor care alăptează, diabeticilor. Acționează formând un film protector pentru terminațiile nervoase, ce duce la atenuarea senzației de iritație a mucoaselor și reduce reflexul de tuse.

Pe de altă parte, extractele gemoterapice pot fi eficiente

PlantExtrakt®
natura sănătății tale

Polygemma 3 TUSE

Ajută la ameliorarea tusei (seacă sau productivă)

Combinație de extracte gemoterapice din muguri de Carpen, de Călin și mlădițe de Caprifoi negru

Stimulează organismul pentru eliminarea toxinelor de la nivelul căilor respiratorii

Ajută la reglarea tonusului bronșic

Acțiune antispastică și cicatrizantă

Efect antiinflamator și antialergic

Acțiune de calmare a tusei și răgușelii,de liniștire generală

În cazuri recidivante se recomandă cure de 1-2 luni, cu posibilitatea de repetare la nevoie.

www.plantextrakt.ro

Polygemma 16 PLĂMÂNI

Susține activitatea pulmonară

Combinație de extracte gemoterapice din muguri de Alun, de Castan comestibil și din mlădițe de Mur

Ajută la refacerea elasticității țesutului pulmonar

Crește capacitatea respiratorie

Stimulează eritropoieza

Efect antispastic, antiinflamator și cicatrizant la nivel pulmonar

Susținere pulmonară a fumătorilor și a persoanelor expuse la noxe respiratorii

Se recomandă adulților administrarea a 2 ml de 3 ori pe zi, diluați în puțină apă, înainte de mese cu aproximativ 20 de minute – în cure de 2 luni, repetate la nevoie.

în tusea seacă și productivă, precum și în tusea restantă postinfecțioasă care, uneori, la copii cu hiperreactivitate bronșică, poate să rămână săptămâni după o infecție respiratorie. Recomandate frecvent în afecțiunile respiratorii cu tuse sunt: Extractul din mlădițe de Caprifoi negru, Extractul din muguri de Carpen, Extractul din muguri de Călin.

Cel mai des recomandat este **gemoterapicul de Carpen**, care acționează asupra sinusurilor nazale și paranazale, la nivelul rinofaringelui, bronșiilor și plămânilor.

Există și combinații de gemoterapice specifice (din gama Polygemma) pentru tuse sau pentru refacere în și după afecțiuni pulmonare (Polygemma 3-Tuse și Polygemma16 -Plămâni).

Polygemma 3 – Tuse conține gemoterapice de Carpen, Caprifoi și Călin, fiind utilă în ameliorarea tusei, atât seacă cât și productivă sau cu componentă spastică.

Se administrează la adulți și copii peste 7 ani câte 2 ml în puțină apă, de 2-3 ori pe zi. La copiii de 2-7 ani doza se reduce la 1 ml. În situații acute se poate administra și de 4-5 ori pe zi în primele zile, iar apoi se continuă cu administrarea de 3 ori pe zi pentru încă 10 zile. În cazurile cronice se recomandă o cură de o lună de zile.

Pentru copilul mic, o altă variantă este siropul **Vitatussin Junior**, cu o compoziție în extracte gemoterapice – Carpen, Brad, Alun, Măceș, Mesteacăn - și suc de Ridiche neagră – sirop care are în plus și acțiune antiinflamatoare, vitaminizantă și fortifiantă. Are un gust plăcut, dat de siropurile naturale de Măceș și Cătină ce constituie baza de preparare a siropului pentru tuse.

Polygemma 16 – Plămâni este o combinație de extracte gemoterapice din muguri de Alun, Castan comestibil și mlădițe de Mur. Crește capacitatea respiratorie, cu recomandare în tusea restantă, în convalescența după afecțiuni respiratorii, precum și la fumători și persoane expuse la noxe respiratorii profesionale. Se administrează câte 2 ml de 3 ori pe zi, diluați în puțină apă, înainte de mese, în cure de 1 sau 2 luni, de la caz la caz și repetate la nevoie.

Terapiile naturale pot fi alegerea de primă intenție la debutul unor afecțiuni respiratorii sau adjuvante eficiente în afecțiunile care vin cu complicații, precum și în boli cronice.

Fumatul la tineri - de ce fumează adolescenții?

Folosirea tutunului impune o povară importantă asupra societății: 6 milioane de decese anual, peste 600.000 de decese datorate fumatului pasiv. În Europa 16% din totalul deceselor la adulții de peste 30 ani se datorează folosirii tutunului –cea mai mare rată din toate regiunile lumii.

Dr. Corina Mărginean

pneumolog

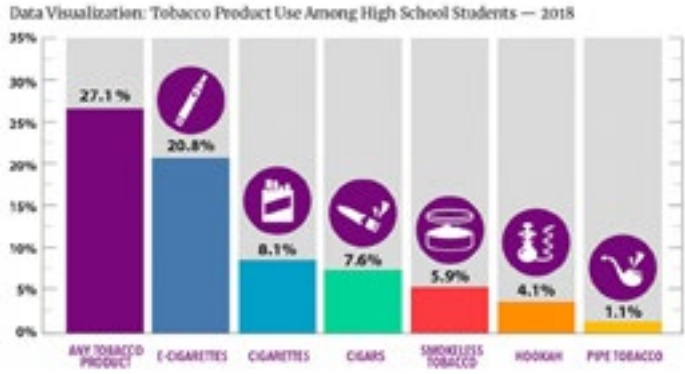
Folosirea tutunului în rândul tinerilor este în creștere rapidă în multe țări; în unele este mai comun la tineri ca la adulți.

Țările cu cea mai înaltă creștere recentă în utilizarea tutunului de către tineri sunt în general țările slab dezvoltate. La nivel mondial numărul estimat de băieți și fete cu vârsta între 13-15 ani care fumează țigări este de aproape 25 milioane respectiv 13 milioane.

În perioada 1999-2016, conform Global Youth Tobacco Survey, 108 țări au completat cel puțin două sondaje pe acest subiect; dintre aceste țări în 43 nu au existat diferențe semnificativ statistic în folosirea tutunului, în 20 consumul a scăzut, în 18 a crescut. Țările în care consumul de tutun în rândul tinerilor a scăzut sunt cele cu index foarte înalt de dezvoltare umană (HDI).

De ce fumează adolescenții?

Nu există un singur motiv pentru care tinerii încep să fumeze. Studiile arată că există trei nivele



de influență asociate cu începutul fumatului la tineri:

- individual
- social (integrare în grup, presiunea grupului)
- mediu (traiul într-o casă de fumători)
- promovarea fumatului de către mass-media îi poate face pe tineri să dorească să încerce aceste produse

Bio Active MC,
produs japonez de excepţie!

Vă prezentăm două cazuri noi pentru care produsul Bio Active MC a dat rezultate.

Cazul 1

Domnul A. R., 68 ani, din Bucureşti, cu un rinichi puţin funcţional şi creatinina mare, a decis, la sfatul farmacistului, să încerce Bio Active MC Oyama Agaricus. După 3 luni cu administrare de 3 pliculeţe/zi, analizele s-au îmbunătăţit cu 43%, iar domnul reuşeşte să îşi desfăşoare activităţile zilnice mult mai uşor.

Cazul 2

Copil cu vârsta de 12 ani, 38 kg, diagnostic neidentificat, cu stări de rău, oboseală, dureri de cap puternice. Părinţii au decis să îi administreze Bio Active MC Oyama Agaricus şi, după 12 zile cu 2 pliculeţe/zi, copilul s-a simţit mult mai bine, durerile de cap au dispărut, somnul a devenit odihnitor şi şi-a recăpătat pofta de mâncare.

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.

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.

Veste bună pentru pacienţii din Iaşi, Bacău şi Neamţ: din luna iunie Bio Active MC se găseşte şi în farmaciile Sfântul Spiridon din Iaşi, Bacău şi Piatra Neamţ!

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

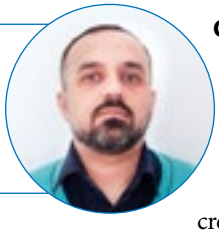
De ce Bio Active MC?

- 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!

Produse naturale recomandate în probleme cardiace

Ce este tensiunea arterială? Presiunea arterială este unul dintre semnele vitale ale organismului. Se referă la forța sângelui aplicată pe pereții vaselor de sânge în timpul contracției și relaxării mușchiului cardiac. Presiunea arterială măsoară presiunea în artere, vasele care duc sângele departe de inimă. Sensibilitatea arterelor la fluxul sanguin determină tensiunea arterială.

Farm. Ing. Liviu Florian Horoba
Manager
Departament Cercetare
Star International Med



Ce este tensiunea arterială sănătoasă? Inima circulă sânge prin corp cu fiecare bătaie. Presiunea exercitată asupra arterelor în timpul bătăilor inimii se numește presiune sistolică. Este primul sau cel mai mare număr în măsurarea tensiunii arteriale. Presiunea exercitată asupra arterelor dintre bătăile inimii se numește presiune diastolică. O valoare a tensiunii arteriale de 120/80 milimetri (mm) coloana de mercur (Hg) este considerată normală. Orice valoare mai mare față de această valoare este considerat tensiune arterială ridicată.

Cum menține corpul tensiunea arterială normală?

Baroreceptorii sunt mici celule nervoase din arterele apropiate de inimă, care ajută la reglarea tensiunii arteriale. Baroreceptorii comunică cu rinichii, arterele, venele și inima pentru a crește, scădea sau menține tensiunea arterială, după cum este necesar. Funcția baroreceptorilor este de a asigura că suficient sânge ajunge la organele și țesuturile corpului.

Ce este hipertensiunea?

Hipertensiunea arterială este o creștere a presiunii sângelui în artere, o condiție foarte frecventă la adulții în vârstă. O tensiune arterială crescută înseamnă că inima trebuie să muncească mai mult pentru a pompa sângele. Hipertensiunea arterială poate deteriora și pereții arterelor. În timp, hipertensiunea arterială crește riscul de boli de inimă, boli de rinichi și accident vascular cerebral.

Persoanele cu diabet au un risc mai mare de hipertensiune arterială decât cele fără diabet. Aproximativ 60% din toate persoanele cu diabet au, de asemenea, hipertensiune arterială.

Ce cauzează o hipertensiune arterială? Există mai mulți factori care pot provoca hipertensiune arterială, dar nu se cunoaște cauza exactă. Următorii factori pot crește riscul pentru tensiunea arterială ridicată:

- Fumatul
- Excesul de greutate sau obezitate
- Lipsa activității fizice
- Consumul prea mare de sare
- Consumul prea mare de alcool
- Stresul
- Vârsta înaintată
- Genetica
- Istoric familial de hipertensiune arterială
- Boala cronică a rinichilor
- Tulburări suprarenale și tiroidiene
- Apnee de somn

Care sunt simptomele și semnele hipertensiunii?

Hipertensiunea poate să nu producă simptome, chiar dacă le-ați avut de ani buni. Acesta este motivul pentru care este uneori denumit „ucigaș tăcut". Se estimează că 1 din 5 persoane cu hipertensiune arterială nu este conștient de faptul că au acest factor de risc major pentru accidente vasculare cerebrale și atacuri de cord. Dacă nu este tratată corespunzător, hipertensiunea arterială poate deteriora inima și circulația, plămânii, creierul și rinichii fără a provoca simptome vizibile. Simptomele hipertensiunii arteriale pot fi prezente la cei care au o tensiune arterială extrem de ridicată. Printre simptomele tensiunii arteriale extrem de mari se numără următoarele:

- Dureri severe de cap
- Oboseala
- Probleme de vedere
- Dureri în piept
- Respirație dificilă
- Bătăi neregulate ale inimii

Tratament - Dacă nivelurile crescute ale tensiunii arteriale

sunt însoțite de diabet, boli de rinichi sau boli cardiovasculare, medicul dumneavoastră vă poate sugera medicamente pentru presiunea arterială, precum și modificări ale stilului de viață. Următoarele modificări ale stilului de viață pot ajuta la scăderea tensiunii arteriale:

- Pierderea în greutate dacă pacientul este supraponderal sau obez
- O dietă sănătoasă și săracă în grăsimi și zaharuri
- Activitate sportivă regulată
- Limitarea consumului de alcool
- Renunțarea la fumat

Dacă dieta și exercițiile fizice nu sunt suficiente pentru scăderea tensiunii arteriale, primele medicamente recomandate sunt de multe ori diuretice. Acestea reduc nivelul de sodiu și lichide din organism pentru a scădea tensiunea arterială. Luând diuretice înseamnă că veți urina mai frecvent. Uneori, diureticele epuizează și nivelul de potasiu, ceea ce poate duce la slăbiciune musculară, crampe la nivelul picioarelor și oboseală. Alte efecte secundare ale diureticelor pot include zaharuri crescute în sânge la persoanele cu diabet zaharat.

Diuretice naturale - Păpădia, ghimbirul, pătrunjelul, păducelul, ienupărul, etc pot avea un efect diuretic care poate reduce retenția de apă și sodiu, ceea ce ajută la scăderea tensiunii arteriale. Este foarte important să vă consultați cu medicul dumneavoastră înainte de a lua diuretice naturale. Pe lângă rețeta prescrisă de medic, ați mai putea să îl rugați să vă recomande și diverse suplimente alimentare, care să ajute sistemul circulator să rămână sănătos pe termen lung.

Două din produsele atent cercetate și elaborate de către specialiștii STAR INTERNATIONAL MED sunt: LYON HEART™ și PRESSURE DOWN™

LYON HEART™ conține plante medicinale ayurvedice care sprijină funcționarea normală a inimii și a sistemului circulator. Ajută la creșterea randamentului și puterii de contracție a miocardului, la normalizarea ritmului cardiac, la reducerea spasmelor coronariene. Mixul de fitonutrienți contribuie la optimizarea circulației sanguine prin menținerea elasticității și structurii vaselor de sânge și a tensiunii arteriale în limite normale. Prin creșterea metabolismului lipidelor (cu eliberare de energie) și menținerea nivelului normal al lipidelor din sânge este susținută sănătatea vaselor sistemului circulator.

PRESSURE DOWN™ - complex de plante medicinale ayurvedice care contribuie la menținerea unei tensiuni arteriale în limite normale prin menținerea elasticității și structurii vaselor sanguine, normalizarea ritmului cardiac, creșterea puterii de contracție și a randamentului mușchiului cardiac. Menține circulația sanguină coronariană și sistemică în parametrii optimi. Păstrează tensiunea arterială în limite normale prin eliminarea excesului de apă din organism (i.e. normalizarea volumului plasmatic). Susține sănătatea vaselor sistemului circulator prin menținerea nivelului și

raportului normal al lipidelor din sânge prin creșterea metabolizării lor, cu eliberarea de energie. Substanțele bioactive susțin capacitatea de adaptare a organismului la stres fizic și psihic la persoanele suprasolicitate și vârstnici, reducând stresul psihic care poate declanșa hipertensiune arterială, insomnie, oboseală, îmbătrânire prematură. Susține sistemul imunitar și sistemul antioxidant endogen, crescând rezistența și capacitatea organismului de adaptare la condițiile de stres cotidian.

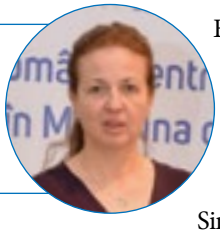
ayurmed

STAR INTERNATIONAL MED
www.ayurmed.ro
www.star-ayurveda.ro
natural@star-ayurveda.ro
0722 750 111
021 313 94 81

Copilul cu astm bronșic - cum îi ameliorăm calitatea vieții?

Astmul bronșic reprezintă o afecțiune frecvent întâlnită la copil (1-17 ani), mai mult decât la adult. În România, incidența astmului bronsic la copil este apreciată la 5–7%. Boala survine mult mai frecvent la copiii cu teren atopic. Adesea, la un bolnav atopic se asociaza 2 sau chiar 3 boli alergice, astmul fiind una dintre cele mai frecvente boli alergice.

Asist. Univ. Dr.
Pop Claudia-Felicia
Medic primar
Medicină de familie,
cindolean@gmail.com



Manifestare

Astmul bronșic se manifestă prin episoade de obstrucție bronșică și perioade de remisie.

a. Episodul bronho-obstructiv în fază exacerbată se manifestă frecvent prin: dispnee expiratorie, tuse, wheezing (un țuiit care apare la respirație).

Dispneea are un caracter expirator, se agravează progresiv, este însoțită de tiraj, bătaia aripioarelor nazale. Expirația este dificilă, prelungită, în timp ce inspiratia este scurta.

Tusea este inițial uscată, apoi umedă. La copilul mai mare poate să apară expectorația mucoasă, albicioasă, perlată, puțin abundentă.

În obstrucțiile mai puțin severe, *wheezing-ul* apare doar în condiții de efort sau prin manevre de expirație forțată.

Uneori singurul simptom este tusea persistentă sau tusea la efort, situație în care diagnosticul este mai greu de precizat.

Exacerbarea poate fi anunțată de anumite semne precum senzație de sufocare sau compresiune toracică, rinoree (nas care curge), tuse, strănut, lăcrimare. Simptomatologia de tip bronho-obstructiv survine frecvent în cursul noptii sau spre dimineață, și se ameliorează pe parcursul zilei. Criza de astm durează 3-7 zile, după care se remit manifestările dar persistă unele modificări funcționale respiratorii câteva săptămâni.

b. Perioadele de remisie sunt asimptomatice în formele ușoare de boală. În formele severe de boală, persistă tusea, dispneea de efort, ralurile bronșice și, în timp, pot să apară semne de insuficiență respiratorie cronică: deformări toracice, hipocratism digital (unghii bombate), nanism (mic de statură), retard pubertar (absența instalării caracterelor sexuale).

Evoluția naturală în astmul bronșic:

- ondulanță, cu perioade de acalmie și perioade de exacerbare
- tinde să devină cronică, vindecarea este rară
- în condițiile unei terapii cronice adecvate formei de boală, se reduc episoadele de exacerbare, uneori până la dispariția acestora, dar rămâne susceptibilitatea unor accese intermitente provocate de expunerea la factorii favorizanți
- mortalitatea prin astm este redusă (în condițiile unui control eficient al bolii)

Având evoluție cronică, astmul determină consecințe nu numai în planul fizic, dar și în plan psiho-social, interferând cu viața de zi cu zi a copilului. Un aspect deosebit de important pentru copil și familia acestuia este acceptarea astmului ca și o boala de lungă durată, cu o evoluție ce se poate modifica în timp, dar compatibilă cu o calitate normală a vieții, în condițiile unui diagnostic și tratament precoce și corect.

CONFERINȚA NAȚIONALĂ
„TEHNOLOGII MODERNE ÎN PATOLOGIA NEUROVASCULARĂ”

IAȘI: 27-29 martie 2020

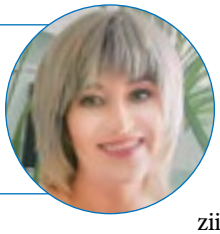
UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
GRIGORE T. POPA IAȘI

DIMAS
corporate & events

Metode de recuperare a capacității pulmonare

Reabilitarea pulmonară (RP) face parte din tratamentul bolilor pulmonare cronice, fiind aplicată atât în regim cronic cât și în exacerbări. În ultimii ani, experiența clinică internațională a oferit o creștere a eficacității RP pentru pacientul pulmonar cronic, lansându-se numeroase. programe de reabilitare respiratorie.

Conf. Univ. Dr. Paraschiva Postolache
Spitalul Clinic de Recuperare, Iași: Șef al Secției Clinice Recuperare Medicală Respiratorie
postpar04@yahoo.com



Ghidurile internaționale pentru RP prevăd următoarele componete ale programelor terapeutice de reabilitare: antrenamentul fizic, strategiile respiratorii, suportul psiho-social și nutriți-

onal, tehnicile economisitoare de energie și educația medicală, acestea presupunând antrenarea musculaturii respiratorii și a extremităților, drenaj bronșic și tehnici de relaxare, având ca scop ameliorarea simptomatologiei.

RP vizează abordarea multidisciplinară a pacienților cu funcție respiratorie compromisă din cauza bolilor pulmonare obstructive (astm bronșic, bronșiectazii, bronșite cronice, emfizem, bronhopneumopatie obstructivă cronică, fibroză chistică, sarcoidoză), restrictive (boli interstițiale, ale peretelui toracic, neuromusculare, sindroame post-poliomielită și post-tuberculoase și anomalii ale cutiei toracice), mixte sau a cancerului bronho-pulmonar. Tot mai multe dovezi științifice susțin aplicarea programelor de RP pre- și postoperator la pacienții supuși transplantului pulmonar, reducerii volumului pulmonar sau oricărui alt tip de intervenție chirurgicală toracică sau abdominală.

Programele de RP se aplică bolilor pulmonare aflate în orice stadiu, fie și avansat sau ireversibil și, conform noilor recomandări, cât mai precoce în exacerbările bolilor pulmonare, pe termen scurt (pre-postoperator) sau lung, atât în regim de spitalizare cât și în ambulatoriu și la domiciliu.

Programele de RP au rolul de a îmbunătăți calitatea vieții pacientilor prin creșterea gradului de independență, reducerea numărul de exacerbări și a zilelor de spitalizare datorate acestora, totodată cu reducerea substanțială a costurilor. RP are capacitatea de a diminua încărcătura simptomatică, în special, dispneea, de a reduce decondiționarea musculară și de a crește capacitatea de exercițiu, de a reduce anxietatea și depresia și de a îmbunătăți starea psiho-emoțională, precum și reinserția socială a pacienților. RP reprezintă standardul de îngrijire pentru pacienții cu boli pulmonare cronice motivați să participe la programul de reabilitare pentru a deveni mai activi fizic și mai independenți, făcând parte integrantă din managementul clinic și de menținere a stării de sănătate.

De-a lungul timpului, RP s-a impus ca un concept extrem de important pentru mangementul corect al pacienților cu boli pulmonare cronice obstructive, restrictive și mixte, jucand un rol esential în creșterea calității vieții și indirect a supraviețuirii.

Tuberculoza – una din primele 10 cauze de deces

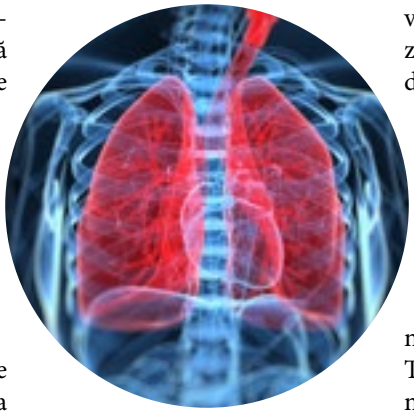
Tuberculoza (TB) rămâne o prioritate globală de sănătate publică, fiind răspândită pe întreg globul și reprezentând una din primele 10 cauze de deces la nivel mondial. Chiar dacă s-au înregistrat progrese considerabile în ultimul deceniu în controlul acestei maladii, milioane de oameni continuă să se îmbolnăvească în fiecare an.

Adriana Socaci
Preşedinte Secţiunea Tuberculoza a Societăţii Române de Pneumologie, Preşedinte Comisia de Pneumologie a Ministerului Sănătăţii

Raportul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) pentru Tuberculoză, publicat în septembrie 2018, menționează ca principal obiectiv până în 2030, sfârșitul epidemiei de tuberculoză. În acest raport se precizează că în anul 2017:

- 10 milioane de persoane au dezvoltat tuberculoză (5,8 milioane de bărbați, 3,2 milioane de femei și 1 milion de copii) și 1,3 milioane au decedat prin această boală;
- s-au înregistrat 558.000 de cazuri noi cu rezistență la rifampicină - cel mai eficient medicament de primă linie, din care 82% au avut tuberculoză multidrog rezistentă, reprezentând o reală amenințare la adresa sănătății;
- aproximativ 1,7 miliarde de persoane, 23% din populația lumii, se estimează a fi infectați și sunt astfel la risc de a face boala de-a lungul vieții lor.

România, țară membră a Uniunii Europene (UE), înregistrează cea mai mare incidență a tuberculozei din Uniunea Europeană (de patru ori peste media UE), cu aproximativ 20% din cazurile de TB raportate în UE, în condițiile în care avem numai 4% din populația UE.



În ultimii ani, România a înregistrat totuși progrese importante în controlul tuberculozei: scăderea incidenței de la 142,2%000 în 2002 la 59,4%000 în anul 2018, scăderea mortalității de la 10,5%000 în 2001 la 4,2 %000 în 2017, respectiv o rată de succes terapeutic de peste 85% pentru cazurile noi de tuberculoză pulmonară confirmate bacteriologic, mult peste rata de succes terapeutic de 67% în UE.

Cu toate acestea, tulpinele cele mai rezistente la tratament contra tuberculozei ridică probleme grave în controlul bolii la nivel național: dacă tuberculoza sensibilă este tratată cu succes în România în peste 86% din cazuri, pacienții care dezvoltă forma bolii cu tulpini rezistente au șanse mult mai mici de vindecare, puțin peste 40%.

În România, Ministerul Sănătății și Guvernul consideră tuberculoza o problemă majoră de sănătate publică și, ca urmare, activitățile antituberculoase sunt prevăzute în Programul Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei iar populația țării noastre beneficiază gratuit de: diagnostic și tratament pentru bolnavii cu TB, controlul persoanelor cu care bolnavii vin în contact, tratamentul preventiv, activitățile de informare, educare, comunicare. Mai nou, ordonanța 25/2020 stipulează că persoanele cu tuberculoză au dreptul la concediu și indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă pe toată perioada tratamentului.

Inteligența artificială în tratamentul bolilor pulmonare

Era digitală în care ne aflăm ne oferă, în mod constant, noi oportunități și noi metode de a rezolva probleme medicale până de curând fără rezolvare. Una din tehnologiile cele mai noi, dar care promite extrem de mult în domeniul medical este inteligența artificială (IA). Ea oferă atât soluții noi la unele probleme cât și optimizarea metodelor tradiționale. Un domeniu care poate beneficia de această nouă tehnologie este cel al bolilor pulmonare obstructive - în special astmul bronșic și BPOC (boală pulmonară obstructivă cronică).

Prof. Asoc.
Dr. Bogdan Mincu
Medic Specialist Pneumolog

Studiile arată că în lume există aproximativ 300 de milioane de pacienți cu astm bronșic și încă 100 de milioane diagnosticați cu BPOC. Ambele patologii sunt asociate cu o reducere marcată a productivității. De asemenea, costurile legate de îngrijirea acestor pacienți și spitalizările care pot apărea sunt semnificative. Cercetătorii lucrează la reducerea acestor costuri prin robotizări și alte aplicații ale IA, având ca beneficiu secundar creșterea acurateței actului medical.

De multe ori, pacienții cu boli pulmonare obstructive au o aderență la tratament scăzută. În ajutorul lor, IA vine cu tehnologii noi și disruptive. Poate cea mai avansată dintre acestea este cea a inhalatoarelor inteligente. Acestea au capacitatea de a reaminti pacientului să își ia dozele conform indicației medicului, îi pot reaminti să nu își uite inhalatorul acasă sau pot chiar "simți" când starea pacientului se înrăutățește și îi pot oferi alerte care să îl trimită la medic.

Terapia "conectată" permite pacientului o tranziție de la terapia "reactivă", în care acesta reacționează la schimbări ale stării de sănătate, către o terapie

preventivă, cu accente predictive. IA poate alerta, spre exemplu, pacientul cu astm bronșic asupra înrăutățirii stării sale de sănătate și îi poate oferi soluția unui step-up, chiar înainte de a ajunge la medic, având astfel potențialul de a preveni unele exacerbări.

Inteligența artificială oferă de asemena și un cadru pentru dezvoltarea de senzori biometrici care fie pot fi construiți în inhalator, fie pot fi atașați acestuia,și care pot detecta fluctuații în respirația pacientului. După detectarea unor fluctuații semnificative, ele pot alerta atât medicul cât și pacientul asupra schimbărilor survenite. De regulă, acești senzori rulează algoritmi în timp real care monitorizează respirația pacientului în timpul inhalării. Datele colectate sunt procesate și criptate în dispozitiv, apoi ele sunt folosite pentru a oferi o imagine de ansamblu asupra stării pacientului.

Sunt disponibile și instrumente interactive digitale care pot să ofere alerte despre dozajul și îngrijirea personalizată, dispozitive care furnizează pacienților tehnici de inhalare prin interacțiune, dispozitive de comunicare între medici și pacienți în situațiile necesare și dispozitive care pot identifica fluxul maxim de aer și înrăutățirea bolii. Instrumentele interactive digitale pot integra telefoane, ceasuri inteligente, brățări fitness și alte dispozitive „portabile" într-o abordare cu adevărat personalizată a tratamentului pacienților obstructivi.

Controlează-ți permanent tensiunea arterială!

În marea majoritate a cazurilor, hipertensiunea necontrolată și netratată evoluează silențios pe perioade lungi de timp, uneori decenii, generând hipertrofie ventriculară stângă, alterarea elasticității aortei și vaselor mari, urmate de apariția insuficienței cardiace; circulația cerebrală este alterată progresiv, cu apariția bolii de vase mici, accelerarea aterosclerozei arteriale și risc de accident vascular cerebral.

Prof. Dr. Doina Dimulescu,
Președinte Societatea Română de Hipertensiune

Toate Ghidurile internaționale din ultimii 2 ani recomandă evaluarea riscului global al pacientului hipertensiv, privind asocierea de alți factori de risc, de afectare de organ și boala cardiovasculară, cerebrovasculară, sau renală. Monitorizarea valorilor tensionale în afara cabinetului medical capătă importanță mai mare, inducând și o mai bună conștientizare a pacienților privind controlul tensiunii arteriale și necesitatea aderenței la tratament.

Ghidurile americane definesc HTA ca valori mai mari de 130/80 mmHg și recomandă reducerea TA sub aceste valori, fără a stabili limite inferioare ale TA ce trebuie atinse sub tratament. Ghidul European de HTA din 2018 menține definiția mai veche a HTA la valori mai mari sau egale cu 140 mmHg, dar recomandă reducerea TA sub tratament între 130-139/70-80 mmHg pentru majoritatea pacienților, iar pentru pacienții mai tineri de 65 ani, țintele sunt sub 130 mmHg, dacă aceste valori sunt bine tolerate de pacienți, dar pentru toate subgrupurile de populație hipertensivă se recomandă să nu fie redusă cu tratament TA sub 120/70 mmHg (TA optimă), având în vedere studii și metaanalize care au demonstrat că reducerea excesivă a TA.

Boala hipertensivă are pe termen lung efecte vasculare sistemice: remodelare vasculară, alterarea proprietăților elastice ale vaselor mari, alterarea microcirculației și accelerarea aterosclerozei, mai ales în asociere cu alți factori de risc (diabetul zaharat, obezitatea, dislipidemiile, fumatul, ereditatea).

HTA netratată, cu variabilitate mare a valorilor TA în cursul zilei, sau la vizite medicale diferite se asociază cu risc crescut de evenimente cardiovasculare nedorite. Pacienții tratați, care continuă să prezinte variații mari ale TA rămân expuși aceloraşi riscuri de evenimente cardiovasculare; variabilitatea crescută a TA poate ascunde lipsa de aderență a pacientului la recomandările de a respecta dieta hiposodată (în România aportul de sare obișnuit în alimentație depășește 10g/zi, mult peste recomandarea OMS de a reduce aportul de sare la mai puțin de 5g/zi), sau lipsa de aderență la tratamentul medicamentos recomandat. Rigidizarea vasculară semnificativă ce apare cu evoluția în timp a HTA poate determina variabilitate excesivă a TA. Uneori nici terapia medicamentoasă corect administrată nu reușește să țină sub control variațiile TA pentru că nu acoperă ca efect 24h, nu este suficientă ca număr de medicamente, sau ca doze medicamentoase. Medicul curant trebuie să evalueze aceste cauze posibile de variabilitate a TA.

Programele naționale de tratament cardiac sunt subfinanțate!

Anul acesta (2019 - n.red.), situația fondurilor insuficiente este aceeași, din păcate. Privind partea goală a paharului, faptul că a rămas la nivelul anului trecut care era deja deficitară este un lucru nemulțumitor, dar, dacă privim partea plină, faptul că finanțarea nu a mai scăzut, pentru că, practic, în ultimii trei ani a scăzut continuu, acesta este un lucru care ne încurajează. În privința direcționării corecte a programelor CNAS, am avut cel puțin două discuții importante cu reprezentanții acesteia, în ceea ce privește fondurile către unitățile de stat și respectiv către unitățile private.

Prof. Dr. Dragoș Vinereanu,
Președintele Societății Române de Cardiologie (SRC)

Legea este foarte clară în acest sens, în primul rând sunt finanțate unitățile de stat, iar dacă posibilitatea unităților publice de a desfășura anumite proceduri medicale este depășită, atunci evident este normală finanțarea ”de completare” a unor unități private. Am discutat cum ar trebui să se facă o evaluare corectă la nivel național a capacității unităților publice de a desfășura anumite proceduri. Evident că lucrul cel mai important este programul legat de implantarea de valve aortic, care este un program scump, la care în acest moment în București există trei unități sanitare publice și două private ce sunt finanțate prin acest program, în condițiile în care, în toată Elveția există doar patru spitale finanțate printr-un program asemănător. Peste tot în Europa există tendința ca aceste proceduri extrem de scumpe ce

necesită dotări, aparatură, expertiza medicilor, să se concentreze în câteva centre. Este o procedură la un pacient stabil, nu este o procedură de urgență. Propunerea inițială a Societății Române de Cardiologie și a Comisiei de Cardiologie a Ministerului Sănătății a fost de șase unități la nivel național, dar, din păcate, lucrurile s-au extins foarte mult și aceasta nu face decât să determine o utilizare necorespunzătoare a fondurilor, pe de o parte, și, pe de altă parte, numărul de proceduri la nivelul fiecărei unități sanitare a devenit foarte mic, fără finanțare corespunzătoare. În mod normal ar trebui să se facă cel puțin 50 de proceduri pe an, ceea ce nu se poate în condițiile în care fondurile sunt împărțite între prea multe centre. O altă problemă legată de fonduri, care iarăși nu s-a schimbat față de anul trecut, este cea de compensare a anumitor medicamente vitale în domeniul cardiologiei - noile anticoagulante orale. Este al treilea an consecutiv în care solicităm ca noile anticoagulante orale să fie compensate de către sistemul național, lucru care nu se întâmplă. Al doilea tratament pe care noi îl dorim compensat este un tratament inovator de insuficiență cardiacă, boala cea mai frecventă din România la ora actuală, una dintre bolile care omoară cei mai mulți pacienți alături de infarct și AVC. Acest tratament relativ nou, de 4-5 ani, reduce mortalitatea și rata spitalizărilor cu 20%.

Acum avem două acțiuni prioritare la nivelul Ministerului Sănătății și milităm pentru introducerea celei de-a treia, pe medicina de urgență. Programul de tratament intervențional al infarctului și programul de tratament al morții subite cardiace, au început să funcționeze foarte bine, fondurile fiind oarecum asemănătoare cu cele de anul trecut. Dorim să introducem a treia acțiune pentru a închide veriga îngrijirii bolnavului. Avem aceste posibilități de tratament dar apoi pacienții ajung în USTAC - unitățile de supraveghere și tratament avansat a bolnavilor cardiovasculari critici. Există un program al Băncii Mondiale care este într-o fază avansată pentru dotarea acestor unități. Nu sunt multe unități, 14 USTACC care, la 180 de secții de terapie intensivă ce fac parte din program, nu ar crește mult costurile la nivelul acțiunii prioritare dedicată secțiilor de ATI.

Medisal
dispozitive medicale
Târgu Mureș,
Str. Gheorghe Doja, Nr. 234
Telefon: 0265 211 411
Fax: +40 265 211 412

PESTE 3000
DE ARTICOLE MEDICALE
DE LA O SINGURĂ SURSĂ

Vă invităm la sediul nostru cu showroom și spații de depozitare

Email: office@medisal.ro
Comenzi: comenzi@medisal.ro
Informații: info@medisal.ro
Tehnic: suport@medisal.ro
www.medisal.ro

Monitorizarea inimii 24-72 ore

Medicina începutului de secol 21 este direct tributară cercetării și tehnologiei iar în ultimii ani, în primul rând computerelor, digitalizării și comunicațiilor. Când ne gândim la monitorizare cardiacă și în particular electrocardiografică, gândul ne duce în prezent la înregistrările de 24 -72 de ore realizate cu ajutorul sistemelor actuale larg răspândite de tip Holter. Dar oare acestea mai pot acoperi nevoia actuală de monitorizare cardiacă? Evident că doar punctual, cu destul disconfort pentru pacient și nu cu acces în timp real la datele obținute.

Dr. Radu Ciudin,
Medic primar cardiolog,
Doctor în științe medicale,
Institutul de Urgență pentru Boli CardioVasculare PROF "C.C. Iliescu"

Prelungirea la 7 și chiar 14 zile a înregistrărilor ECG cu ajutorul unor sisteme integrate de tip dispozitive atașate prin sisteme adezive impermeabile direct pe zona precordială și fără disconfortul unor fire și unități de înregistrare atașate la talie permit acum prelungirea monitorizării cardiace. Ele reprezintă un pas înainte către o adevarată monitorizare de lungă durată. Există deasemenea multiple tipuri de "event recorder"- dispozitiv de înregistrare a ECG-ului de către pacient atunci când acesta prezintă simptome de tip palpitații, dar acestea nu acoperă aritmiile cardiace asimptomatice sau situațiile de sincopă. Pe lângă aceste metode clasice există nenumărate "gadget-uri" electronice care înregistrează pulsul, frecvența cardiacă sau prezența generică a unor aritmii/neregularități nespecifice ale pulsului începând cu banalele tensiometre electronice și până la brățările sau ceasurile computerizate de tip "smartwatch" capabile să redea variațiile zilnice ale pulsului sub formă de grafice.

Pasul decisiv pentru monitorizarea continuă de lungă durată a fost făcut prin miniaturizarea sistemelor implantabile subcutan precordial. Acestea au devenit – precum stimulatoarele cardiace pe a căror platformă au fost inițial construite în anii 90 – prin miniaturizare și creșterea memoriei de înregistrare, din ce în ce mai des folosite. Astăzi, inclusiv la noi în țară, se trece de la sistemele de tip așa numite ILR (implantable loop recorder) sau ICM (implantable cardiac monitor) ce presupun o mică incizie precordială de sub 1 cm, la schimbarea către "insertable/injectable"cardiac monitor – care rezolvă orice "problemă" estetică legată de introducerea monitorului fiind introduse practic printr-un tip de injectare. Greutatea dispozitivului s-a redus de la 15 g la sub 3 g iar capacitatea acestora de înregistrare a electrocardiogramelor este de 3-4 ani!! Relevarea și utilizarea datelor înregistrate poate fi făcută atât la controalele periodice asemănătoare celor pentru pacemaker cât și automat, zilnic, prin preluarea automată cu ajutorul unui dispozitiv prezent la domiciliul pacientului și care interoghează wireless dispozitivul implantabil și trimite datele automat prin internet unui centru de control și medicului curant (monitorizare de la distanță = remote monitoring).

Importanța deosebită a accesului și utilizării acestor dispozitive de monitorizare cardiacă/electrocardiografică continuă, apare prin obiectivarea unor tulburări de ritm paroxistice sau persistente adesea asimptomatice dar responsabile pentru complicații precum insuficiența cardiacă și în primul rând pen-

tru accidente vasculare cerebrale embolice cum este cazul pacienților cu fibrilație atrială. Grupul de pacienți cu vârsta de peste 65 ani este în primul rând expus, fibrilația atrială crescând ca incidență semnificativ după această vârstă. Recunoașterea prezenței fibrilației atriale la acești pacienți și tratamentul profilactic farmacologic anticoagulant pot, în mare măsură, salva vieți și preîntâmpina apariția accidentelor vasculare cerebrale cu toate consecințele lor neurologice handicapante sau pot pune problema indicației unor măsuri terapeutice antiaritmice inclusiv intervenționale ablative. Diagnosticul altor tulburări de ritm, cum ar fi cele ventriculare, poate conduce la implantul unor dispozitive antiaritmice ce previn moartea subită ca în cazul pacienților post infarct de miocard cu insuficiență cardiacă severă sau cardiomiopatii și boli aritmice amenințătoare de viață, de natură genetică.

Pentru a relua importanța identificării episoadelor aritmice de tipul fibrilației atriale și prezența evenimentelor tromboembolice, inclusiv a accidentelor vasculare cerebrale, voi da exemplul studiului ASSERT I. În acest studiu, 2.580 pacienți cu vârsta peste 65 de ani, purtători ai unui stimulator cardiac sau cardiodefibrilator implantabil, dar fără istorie de fibrilație atrială, doar în 3 luni de urmărire, 10% din ei au prezentat episoade subclinice de tahiaritmii atriale cu frecvența peste 190/min și durata de peste 6 min ce au putut conduce la fibrilație atrială în aproximativ 15% din cazuri. Astfel de episoade sunt asociate cu o creștere de 2,5 ori a riscului thromboembolic pe o durată de urmărire de 2,5 ani.

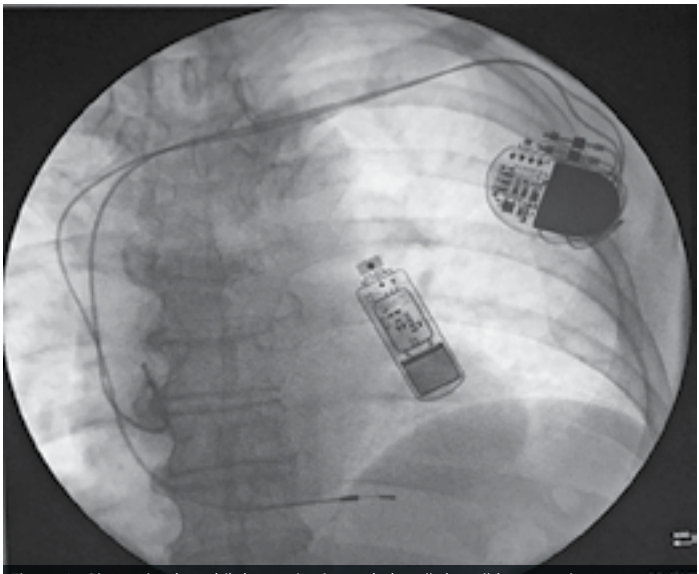


Figura 1 - Sistem implantabil de monitorizare de lungă durată la un pacient ce a necesitat implantul unui pacemaker DDDR

Dacă interpretarea și analizarea computerizată a datelor unei monitorizări electrocardiografice de tip Holter de 24-48 de ore poate dura circa 30 de minute, o problemă interesantă apare când se pune problema analizării unei mari cantități de date și grafice de la mulți pacienți și pe perioade lungi de timp. Problema se transformă din analiză în arhivarea și prelucrarea rapidă a acestor date cu posibil impact clinic dar și epidemiologic ce necesită o capacitate uriașă de prelucrare expert a acestora. Necesitatea în viitorul apropiat a aplicațiilor medicale de inteligență artificială dedicate se poate întrevede în orizontul apropiat. Aș lua ca exemplu actual giganticul proiect „Biobank" UK care se bazează pe date achiziționate computerizat de la 500.000 de bărbați și femei cu vârste între 40 și 69 ani din Marea Britanie începând cu 2006. Acest proiect care analizează date demografice și clinice în evoluție, investigații paraclinice, biochimice, imagistice precum și toată patologia completă apărută între timp fie ea cardiovasculară, oncologică , neurologică sau de orice altă specialitate va permite o monitorizare în timp real a pacienților și datelor lor bioumorale, electrice și hemodinamice - există deja senzori implantabili pentru presiunea în circulația pulmonară - capabile să conducă la o personalizare a tratamentelor și o modificare activă în timp real, adaptativă a acestora. Și numărul parametrilor măsurabili computerizat în dinamica continuă depășește mult cadrul patologiei cardiovasculare!

În numărul următor:
Metode și Perspective moderne de Cardiostimulare

Primele semne de tromboză venoasă profundă (TVP) și tromboembolism pulmonar (TEP)

Maladia tromboembolică cuprinde două entități interconectate ce aparțin aceluiași spectru fiziopatologic – tromboza venoasă profundă (TVP) și tromboembolismul pulmonar (TEP). Această patologie reprezintă una dintre cele trei mari categorii de boli cardiovasculare alături de infarctul miocardic și accidentul vascular cerebral, fiind o problemă majoră de sănătate publică.

Dr. Cosmin Stuparu
Spitalul Universitar
de Urgență București

Dr. Claudiu Stoicescu
Spitalul Universitar
de Urgență București

Tromboembolismul venos (TEV) se caracterizează ca foarte heterogen clinic, de la descoperirea incidentală până la embolism masiv fatal, ceea ce face dificilă analiza epidemiologică a bolii. Cu toate acestea, se estimează o rată a mortalității la 3 luni de 15-18% la pacienții cu TEP, însă cu majoritatea deceselor produse în primele ore de la prezentare.

Tromboembolismul venos se definește prin obstrucția trombotică în special a sistemului venos profund al membrelor inferioare - TVP și pasajul trombusului (embolia) către cavitățile drepte ale cordului și arterele patului pulmonar - TEP. Astfel, în peste 90% din cazurile de TEP, sursa trombilor o reprezintă TVP, ceea ce face ca cele două patologii să fie abordate împreună. Factorii predispozanți pentru TEV au fost formulați în cadrul triadei clasice: stază venoasă, hipercoagulabilitate sanguină și injuria endotelială. Interacțiunea factorilor de risc permanenți (ce țin de pacient) cu factorii de risc temporari (conjuncturali) este deosebit de importantă în fiziopatologia bolii, orientând totodata și formularea suspiciunii clinice. Mai mult, factorii predispozanți, clasificați în funcție de riscul atribuit, reprezintă un element categoric în elaborarea scorurilor de predicție clinică pentru TEP.

Tabloul clinic al TVP cuprinde edemul, cianoza, durerea și impotența funcțională la nivelul unui membru inferior De menționat că pacienții se prezintă cu simptomatologie sugestivă pentru TVP de aproximativ 3 ori mai frecvent decât cu simptomatologie de TEP. În cazul TEP însă simptomele pot varia de la ușoare până la invalidante, în funcție de localizarea și extensia emboliei; cele mai frecvente elemente alte tabloului clinic sunt: dispneea, durerea toracică, lipotimia sau sincopa și hemoptiziile.

În cazul trombozei venoase profunde, evaluarea paraclinică se rezumă la o singură investigație imagistică pentru stabilirea diagnosticului de certitudine. Evaluarea circulației venoase a membrelor inferioare prin ecografie Doppler obiectivează prezența trombozei prin lipsa de compresie a lumenului venos asociat cu modificări ale fluxului Doppler în amonte și în aval de zona cu tromboză sau se poate chiar vizualiza în mod direct prezența trombului în interiorul lumenului venos.

În ceea ce privește însă diagnosticul TEP, evaluarea paraclinică este net mai complexă, urmărind, pe lângă diagnosticul de certitudine, și stabilirea prognosticului, cu implicații asupra strategiei terapeutice. Investigațiile includ analize de laborator, determinarea gazelor sangvine, radiografia toracică și electrocardiograma. Ele pot fi utile în diagnosticul diferențial. De pildă, o radio-

grafie cord-pulmon normală la un pacient cu alterarea severă a funcției respiratorii exclude de anumite afecțiuni precum pneumotorax, pleurezii, pneumopatii acute, edem pulmonar acut, tumori, fiind înalt sugestivă pentru TEP masiv.

Ecocardiografia transtoracică este investigația imagistică de primă alegere în evaluarea de urgență a pacienților cu suspiciune de TEP și instabilitate hemodinamică. Practic, suspiciunea clinică înaltă de TEP în contextul instabilității hemodinamice coroborată cu semnele ecocardiografice și infirmarea altor cauze de instabilitate hemodinamică impun și justifică un tratament agresiv când alte explorări imagistice nu sunt disponibile sau nu se pot efectua din cauza stării critice a pacientului. Tomografia computerizată cu substanță de contrast reprezintă investigația imagistică de elecție pentru stabilirea diagnosticului de certitudine la pacienții cu suspiciune clinică de TEP, prin vizualizarea circulației arteriale pulmonare până la nivel subsegmentar.

Prevenție și tratament

Un prim pas în acest sens îl reprezintă evaluarea riscului trombotic la toți pacienții spitalizați. Dacă pacientul se regăsește în categoria cu risc crescut de TEV, se va institui tratament anticoagulant profilactic. O atenție deosebită o necesită pacienții din serviciul de ortopedie, în special când este vorba de intrevenții majore (fractură de șold, chirurgia șoldului sau a genunchiului) cu risc trombotic asociat crescut, ce necesită profilaxie antitrombotică la distanță, minim 14-21 zile.

Tratamentul maladiei trombembolice cuprinde măsuri non-farmacologice și farmacologice, unde terapia anticoagulantă joacă un rol central. În cazul TVP, măsurile nefarmacologice includ combaterea stazei la nivelul membrelor inferioare prin evitarea imobilizării prelungite, prevenirea deshidratării, utilizarea de ciorapi compresivi elastici, aceste principii fiind utile atât în etapa de profilaxie cât și după faza acută a TVP. Merită menționat că mobilizarea precoce și antrenamentul fizic progresiv asociat cu terapia de compresie mecanică ameliorează simptomatologia și previn apariția sindromului posttrombotic. Tratamentul farmacologic al TVP își propune să prevină extensia procesului de tromboză venoasă locală, să reducă riscul de a dezvolta sindrom posttrombotic și să prevină embolia pulmonară.

În cazul tratamentului în TEP, decizia strategiei terapeutice este dictată în mod particular de severitatea evenimentului tromboembolic. Se consideră TEP cu risc înalt atunci când tabloul clinic al pacientului este marcat de instabilitate hemodinamică (șoc cardiogen/hipotensiune arterială), ceea ce impune masuri terapeutice prompte: administrare parenterală de fluide, suport vasopresor și, în mod special la această categorie de pacienți, tratamentul trombolitic. În toate celelalte cazuri, riscul hemoragic asociat trombolizei nu justifică această terapie, strategia recomandată fiind inițierea anticoagulării parenterale pe perioada spitalizării și, ulterior, anticoagulare orală cu antivitamine K.

Prognostic

Prognosticul pacienților cu TEP este dependent de extensia trombozei, fiind însă influențat favorabil de terapia anticoagulantă eficientă, cu o scădere a mortalității de la 30% la pacienții netratați, la sub 10%, la cei tratați.

Deficitul de fier slăbește inima

Insuficiența cardiacă reprezintă o problemă de sănătate publică mondială, anual fiind diagnosticate 25.000 de cazuri noi de boală, rata de spitalizare fiind, de asemenea, foarte ridicată.

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

La nivel mondial 1 din 3 oameni moare prin insuficiență cardiacă, costurile de spitalizare sunt foarte ridicate, iar prognosticul pe termen lung este nefavorabil.

În România sunt aproxiamativ 1 milion de pacienți diagnosticați cu această boală, adică 4,7% din populația peste 35 de ani.

Definiția insuficienței cardiace

Când se suspectează un pacient cu insuficiență cardiacă se evaluează probabilitatea de IC, adică are o boală cardiacă preexistentă (istoric de BCI cu sau fără PCI, de HTA, CMD, utiilizarea de diuretice), ce asociază dispnee la eforturi medii sau mici, cu scăderea toleranței la efort și fatigabilitate. Din punct de vedere al examenului fizic, pacientul cu IC prezintă raluri pulmonare, jugulare turgescente, edeme declive.

Impactul comorbidităților în insuficiența cardiacă - anemia

Anemia în insuficiența cardiacă reprezintă o problemă atât pentu pacienți cât și pentru medici, reprezentând o comorbiditate prevalentă și gravă. Prevalența anemiei la pacienții cu IC este de aproximativ de 30%, variază între 4%-70% în funcție de populația luată în studiu.

Anemia este mai frecventă la pacienții cu insuficiență cardiacă refractari la tratament, prevalența fiind de 80%.

Unele studii au arătat că apariția anemiei este corelată cu mortalitatea și morbiditatea crescute, independent de vârstă, sex, clasa funcțională sau prezența diabetului. Anemia severă este mai frecventă la pacienți cu boală cronică de rinichi care asociază și IC, riscul de deces crescând semnificativ la acești pacienți.

Etiologia anemiei din IC este multifactorială: aportul redus de Fe, nutriție deficitară, consumul cronic de acid acetilsalicilic sau al anticoagulantelor orale, cașexia cardiacă, blocarea absorbției duodenale a FE, retenția de apă, declinul funcției renale.

Anemia este o afecțiune frecventă, dar importanță de luat în considerare la pacienții cardiaci, mai ales care urmează a fi revascularizați chirurgical datorită riscului de evoluție negativ pre și post operator.

Pacienții cu anemie prezintă risc crescut de mortalitate și morbiditate, au un necesar crescut de transfuzii, implicit sunt expuși la un risc mare de infecții, spitalizare de lungă durată și repetată și cu recuperare progresiv mai dificilă.

Managementul anemiei presupune implicarea unei echipe multidisciplinare: cardiologie, medicina interna, ATI, chirurgie, medicina de laborator, aceasta fiind un factor independent de risc, potențial tratabil, pentru o evoluție nefavorabilă a insuficienței cardiace, corectarea acesteia putând îmbunătăți prognosticul pacienților cu insuficiență cardiacă. Strategiile terapeutice includ suplimentarea aportului de fier sau asocierea celor două împreună cu tratamentul convențional al IC.

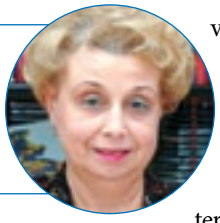
Ghidul Societății Europene de Cardiologie recomandă administrarea de Fe la pacientul simptomatic cu fenomene de IC pentru a crește hemoglobina, toleranța la efort, ameliorarea simptomatologiei și creșterea calității vieții.

Deficitul de fier este o afecțiune care poate fi tratată. Datele din studiile clinice efectuate la pacienții cu insuficiență cardiacă și deficiență de fier au demonstrat îmbunătățiri ale capacității de exercițiu și o reducere a spitalizărilor în urma tratamentului cu fier intravenos.

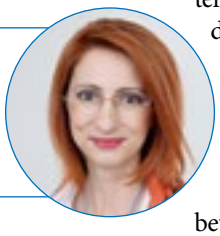
Riscul cardiovascular produs de diabet

Obiectivul principal al tratamentului în diabetul zaharat tip 2 (DZ2) a fost pentru o lungă perioadă de timp controlul glicemic. Însă pentru pacientul cu DZ2 riscul de evenimente cardiovasculare majore este de două până la trei ori mai mare, implicând atât localizările centrale cât și pe cele periferice. Principala cauză de mortalitate în rândul acestei categorii de pacienți rămâne boala cardiovasculară. Expunerea prelungită la hiperglicemie generează un răspuns patologic din partea teritoriului macrovascular iar afectarea microvasculară concomitentă complică tabloul clinic și agravează prognosticul. De exemplu, asocierea dintre afectarea vasculară periferică și suprapunerea componentei neuropate crește riscul de ulcerație, infecție și ulterior de amputație de membru, cu impact major asupra calității vieții și asupra riscului de mortalitate; neuropatia autonomă cardiacă este puternic asociată cu creșterea de aproximativ cinci ori a riscului de mortalitate cardiovasculară.

Prof. Dr. Emerit Cătălina Arsenescu Georgescu
Medic primar cardiologie și medicină internă
UMF "Gr. T. Popa" Iasi



Dr. Delia Reurean-Pintilei
Medic primar Diabet, Nutriție, Boli metabolice



O serie de studii au identificat cele mai potrivite strategii de reducere a riscului de mortalitate cardiovasculară în rândul persoanelor cu diabet zaharat tip 2. Unul din aceste studii, după o perioadă de urmărire de 21 de ani, concluzionează că strategia de tratament aplicată pacienților cu DZ 2 extinde durata de viață în medie cu 7,9 ani, și timpul până la apariția primului eveniment cardiovascular cu 8,1 ani. Ghidurile actuale stabilesc abordarea multifactorială ca obiectiv principal al tratamentului în DZ 2, punând accent pe individualizarea intervenției terapeutice în alegerea țintelor de tratament și în selectarea agenților farmacologici. Acest concept este acum unanim acceptat, mai ales în contextul dublării prevalenței la scară globală a diabetului zaharat din ultimii ani în rândul populației adulte, cu o creștere accelerată în țările în curs de dezvoltare, conform Organizației Mondiale a Sănătății. Ultimul raport al Federației Internaționale de Diabet estimează numărul persoanelor cu diabet din Europa la 58 milioane (pentru grupa de vârstă între 20-79 de ani), incluzând 22 milioane de persoane încă nediagnosticate.

Pentru România, prevalența este între 1.5 milioane și 2 milioane pentru grupa de vârstă 20-70 de ani.

În anul 2017, au fost înregistrate un număr de 477.000 de decese cauzate de diabet, peste o treime dintre acestea (32,6%) sub vârsta de 60 de ani, categorie populațională activă economic.

În acest context o atenție sporită a fost acordată identificării unor markeri biologici cu determinare neinvazivă pentru evaluarea superioară a riscului, și pentru individualizarea tratamentului.

Medicamentele cardiovasculare: între eficacitate și eficiență

Medicina cardiovasculară modernă beneficiază de un număr impresionant de medicamente cu eficacitate dovedită și ghiduri pertinente adresate gestionării corecte a patologiei cardiovasculare. Din păcate, traducerea în practică a acestor avantaje este mai puțin optimistă. Eficacitatea medicației pentru pacienții cu evenimente cardiovasculare este de aproximativ 75% dar doar, 50% dintre pacienți aderă la recomandările făcute. În final eficiența reală este de 21%. În Statele Unite, din 100 de prescripții, 88% sunt ridicate de la farmacie de pacienți, 76% dintre pacienți încep să ia medicamentele și doar 47% dintre pacienți continuă tratamentul; din aceștia aproape jumătate iau medicația în cantități mai mici decât cele prescrise. Aderența la medicație este, așadar, piesa cea mai importantă a eficienței practice a tratamentului cadiologic.

Prof. Dr. G. Andrei Dan,
FESC, FAHA, FACC, FEHRA
UMF "Carol Davila" București

Aderența ideală este rareori atinsă în practica curentă, iar abaterile interesează trei etape distincte:

1. vizita la medic și diagnosticarea,
2. prescrierea și începerea corectă a tratamentului și
3. persistența pe timpul indicat al terapiei.

Dintre aceste trei etape cea mai dificil de urmărit este faza de începere corectă a tratamentului; ne referim la posibilitatea ca pacientul să nu respecte orarul și dozajul medicației prescrise (fie subdozând, fie supradozând).

Neaderența la medicație este responsabilă de un număr suplimentar de decese sau evenimente majore cardiovasculare, de spitalizări în exces și, în ultimul rând, de costuri suplimentare.

Multipli factori contribuie la nonaderență: socio-economici, legați de terapia însăși, legați de condiția patologică și comorbidități, legați de obiceiurile și comportamentul pacienților și, în fine, legați de sistemul de sănătate. Pe de altă parte, nonaderența la terapie poate fi nonintențională sau intențională. Nonaderența nonintențională se referă în special la lipsa de discernământ a pacientului în a-și lua correct medicația prescrisă, în timp ce nonaderența intențională se referă la motivații și concepții proprii ale pacientului, cu alte cuvinte la bariere perceptuale privind terapia (de exemplu: "tratamentul nu are sens", "tratamentul îmi face rău", "tratamentul îmi dă dependență", etc). Nonaderența intențională reprezintă peste două treimi din totalul cauzelor de nonaderență și este și cel mai dificil de rezolvat. Rațiunile cele mai frecvente pentru nonaderență sunt prezentate în tabelul de mai jos.

- Complexitatea și durata tratamentului
- Interferența din viața de zi cu zi
- Confuzii și neînțelegerea stării de sănătate sau a terapiei
- Anticiparea unor efecte adverse, considerate inacceptabile
- Dificultăți în memorarea de a lua medicamente
- Insatisfacții legate de tratament sau sistemul de sănătate (de exemplu: mesaje negative transmise de media)
- Schimbarea frecventă a prescripției (fenomenul "turbulență a terapiei" frecvent, din păcate, în România)
- Constrângeri financiare
- Caracteristici personale (comorbidități, consum de alcool, depresie, …)

Din păcate, nonaderența este un fenomen general, dar anumite populații (de exemplu bătrânii sau cei din clase sociale defavorizate) sunt mai frecvent afectate.

SRG
Congresul Societăţii Române de Glaucom
Hotel Kronwell
[11-14 martie 2020][Braşov]
2020
congres-glaucom.ro

DILEME CLINICE, RĂSPUNSURI PRACTICE ÎN HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ
EMC
DIRECTORI DE CURS:
Conf. Dr. Elisabeta Bădilă
Ş.L. Dr. Ana Maria Vintilă
13 martie 2020
GALAŢI

CAVITĂŢI STÂNGI – UPDATE 2020
Corelaţii anatomo-clinice
DIRECTORI DE CURS:
Prof. Dr. Ovidiu Chioncel, Prof. Dr. Dragoş Vinereanu
20 martie 2020
Hotel Ramada Parc, Terra Grand Ballroom, Bucureşti
CURS CREDITAT EMC

Conferinţa Naţională Interdisciplinară
DUREREA TORACICĂ
Ediţia a II-a
28
martie
2020
Bucureşti

1 MILION DE ROMÂNI SUFERĂ DE ASTM

E TIMPUL SĂ TRATĂM DIFERIT ASTMUL

www.viatacuastm.ro

O CAMPANIE:

IDSE Institutul pentru Dezvoltare în Sănătate și Educație

COPAC Coalitia Organizatiilor Pacientilor cu Afectiuni Cronice din Romania

CARAVANA CU MEDICI

SRP Societatea Română de PNEUMOLOGIE

SRAIC Societatea Română de Alergologie și Imunologie Clinică

CU SPRIJINUL:

AstraZeneca

RO-4300/05.2019