

COMUNICĂRI ORALE

BOLILE OMULUI APARENT SĂNĂTOS

Prof. Dr. Adrian Restian

Președinte executiv SAMF

Deși starea de sănătate și starea de boală sunt două stări foarte diferite, între ele nu există o graniță precisă. Uneori trecerea de la starea de sănătate la starea de boală se face foarte rapid, așa cum se întâmplă în urgențele medico-chirurgicale, iar alteori se face foarte lent, sau chiar extrem de lent, așa cum se întâmplă în bolile cronice și degenerative. Dar cea mai mare problemă în diagnosticul bolilor cronice nu este numai aceea că ele evoluează foarte lent, ci și aceea că ele evoluează o foarte lungă perioadă de timp asimptomatic, adică fără nicio simptomatologie clinică. Iar debutul lor clinic se face de multe ori sub forma unor urgențe medico-chirurgicale, așa cum se poate întâmpla în cardiopatia ischemică nedureroasă, care poate debuta cu un infarct miocardic, sau în cancerul de colon, care poate debuta cu o ocluzie intestinală.

În toată această perioadă, extrem de îndelungată, de evoluție asimptomatică, bolnavul se consideră sănătos și continuă să ducă același stil de viață necorespunzător care a contribuit la apariția bolii. Iar acest lucru se întâmplă în toate bolile cronice cu care suntem confrunțați în patologia contemporană, așa cum este cazul aterosclerozei, al cancerului, al hipertensiunii arteriale, al diabetului zaharat, al dislipidemiilor, al litiazei biliare, al hepatitei cronice, al osteoporozei, al bolii Alzheimer, al insuficienței renale cronice și așa mai departe.

Debutul aterosclerozei începe încă din copilărie prin intervenția unor factori genetici care tulbură metabolismul lipidic, așa cum se întâmplă în dislipidemiile familiale. Apoi apar și alți factori de risc, așa cum ar fi alimentația hipercalorică și hiperlipidică, sedentarismul, consumul de alcool și fumatul. Creșterea lipidelor plasmatică duce la depunerea lor în endoteliul arterial și la declanșarea procesului de ateroscleroză care duce la apariția plăcii de aterom, care va conține nu numai depuneri de colesterol, ci o serie de celule, de monocite, de macrofage, de leucocite,

de limfocite, de trombocite, de celule musculare netede care au proliferat, țesut fibros și depuneri de calciu.

Dar deși ateroscleroza debutează încă din copilărie, prin depunerea de lipide în peretele arterial, ea nu se va manifesta clinic decât peste 30-40 de ani. În toată această perioadă se duce o luptă surdă între mecanismele de apărare ale organismului și factorii de risc care susțin boala. În acest sens se declanșează un proces inflamator, care tinde să repare modificările locale. Pentru aceasta, procesul inflamator atrage o serie de celule și de molecule, care caută să se lupte cu boala. Din păcate procesul inflamator nu reușește decât să repare leziunile. El nu reușește decât să prelungească faza asimptomatică a bolii.

Astfel, ateroscleroza evoluează asimptomatic o foarte lungă perioadă de timp. În toată această perioadă individul se consideră sănătos. El își continuă stilul de viață patogen, va continua să consume mai multe calorii și mai multe lipide decât ar fi necesar, va continua să fumeze, să consume alcool, să nu facă exerciții fizice, să ducă o viață agitată plină de stresuri psihice, ceea ce va contribui la progresia bolii. Iar atunci când ocluzia arterială depășește 75% din lumenul arterial, vor apărea primele semne de boală, care vor fi foarte greu de influențat.

Chiar dacă nu are o evoluție asimptomatică chiar atât de îndelungată ca ateroscleroza, și hipertensiunea arterială are o lungă perioadă asimptomatică sau cu manifestări foarte vagi. De aceea, multe cazuri de hipertensiune arterială rămân necunoscute, iar depistarea se face de obicei ocazional, cu ocazia măsurării tensiunii arteriale.

Același lucru se întâmplă și în cazul diabetului zaharat. Semnele clinice ale diabetului zaharat se întâlnesc foarte rar. De aceea și diabetul zaharat este descoperit ocazional, prin măsurarea glicemiei, când jumătate din celulele beta-pancreatice au fost distruse.

Deși, după ce a fost descoperit clinic, cancerul are de obicei o evoluție foarte rapidă, el are totuși o lungă perioadă asimptomatică. După un stadiu de inițiere determinat de niște mutații genetice, care stimulează genele oncogene și

inhibă genele antioncogene, urmează un stadiu de creștere clonală a celulei canceroase, după care urmează un stadiu de extindere a celulelor canceroase la țesuturile din jur, iar apoi un stadiu de metastazare în alte organe. Toată această perioadă asimptomatică poate să dureze 10-15 ani, timp în care mecanismele de apărare ale organsimului se luptă cu boala și uneori reușesc să o învingă. Dar de multe ori mecanismele de apărare nu reușesc să învingă boala.

Osteoporoza este cunoscută ca o boală silențioasă. Ea apare de obicei după scăderea estrogenilor din menopauză și este determinată de dezechilibrul dintre osteoclaste și osteoblaste, adică dintre sinteza și distrucția osoasă. Dar boala evoluează asimptomatic și prima manifestare a bolii pot fi fracturile osoase.

Se știe că boala Alzheimer evoluează lent prin depunerea de beta-amiloid în țesutul nervos și de proteină tau în neuroni, ceea ce duce apariția treptată a unor tulburări cognitive foarte grave. Dar ea are o lungă perioadă de evoluție asimptomatică. Primele depuneri de beta-amiloid pot să apară cu 30-40 de ani înainte de apariția manifestărilor clinice, timp în care individul se consideră sănătos.

Foarte multe boli cronice foarte grave pot evolua o foarte lungă perioadă de timp asimptomatic, adică fără nici un fel de manifestări clinice. În toată această perioadă bolnavul se poate considera sănătos și nu întreprinde nici un fel de măsuri de prevenire sau de încetinire a evoluției bolii. Nu renunță la factorii de risc. Nu ia de obicei nicio măsură de prevenire și tratament

Evoluția simptomatică a acestor boli ridică serioase dificultăți privind diagnosticul precoce al bolii. În acest sens, medicul dispune însă de o anamneză care ar putea evidenția anumite suspiciuni, precum și de o serie întregă de markeri care pot pune în evidență tulburările biologice ale acestor boli.

METODOLOGIA PREVENIRII ȘI COMBATERII BOLILOR CRONICE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Prof. Dr. Dumitru Matei
Președinte SAMF

Bolile cronice reprezintă una dintre cele mai importante provocări ale medicinei contemporane. Dacă în 1900 tuberculoza, pneumonia și bolile infecțioase reprezentau principalele cauze de deces, după introducerea pe scară largă a vaccinărilor și după desoperirea antibioticelor,

numărul bolilor infecțioase a scăzut foarte mult, iar bolile cronice și degenerative au trecut pe primul loc.

Creșterea bolilor cronice și degerative se datorează faptului că noi nu cunoaștem cauza lor și nu dispunem de un tratament etiologic. În bolile cronice se vorbește despre niște factori de risc, care sunt foarte răspândiți și foarte greu de combătut. Unii dintre acești factori de risc, cum ar fi ereditatea, vârsta și sexul, sunt neinfluențabili. Alții, așa cum ar fi lipidele care intră în constituția membranelor celulare, sunt chiar necesari într-o anumită măsură. Iar alții depind de stilul de viață care este foarte greu de influențat.

Bolile cronice au crescut și din cauza îmbătrânirii populației, iar morbiditatea crește odată cu vârsta, așa cum se întâmplă în cazul reumatismelor, al bolilor cardiovasculare, al cancerului, a bolilor respiratorii și al demențelor.

Odată cu înaintarea în vârstă, scad mecanismele de apărare ale organsimului, se acumulează tot mai mulți factori de risc, ies la iveală bolile care au evoluat asimptomatic, iar aceste boli pot determina alte boli. Astfel, de exemplu hipertensiunea arterială și diabetul zaharat pot reprezenta factori de risc pentru apariția infarctului miocardic și a accidentelor vasculare cerebrale. De aceea, odată cu înaintarea în vârstă apare o comorbiditate care pune numeroase probleme de prevenire și tratament.

În condițiile în care majoritatea bolilor cronice au o lungă perioadă de evoluție asimptomatică, perioadă în care individul se consideră sănătos, principala modalitate de prevenire și combatere a acestor boli o reprezintă prevenția primară, care se adresează omului sănătos și este specifică medicului de familie, deoarece medicul de familie este cel care vine în contact cu omul sănătos.

Prevenirea și combaterea bolilor cronice se poate face prin supravegherea stării de sănătate a populației, prin examene periodice, prin depistarea și combaterea factorilor de risc și prin educația sanitară a populației.

Depistarea și combaterea factorilor de risc este foarte dificilă, deoarece aceștia fac parte din stilul de viață al individului, care depinde de foarte mulți factori biologici, de satisfacerea nevoilor organsimului, de factori neuropsihici, în care intervin o serie întregă de dependențe, de factori tradiționali, educaționali, culturali, economici și sociali. Dar fără schimbarea stilului de viață necorespunzător nu se pot obține rezultatele așteptate în prevenirea și combaterea bolilor cronice și degenerative.

De aceea probabil că educația sanitară prin intermediul căreia vizăm schimbarea unor comportamente necorespunzătoare are rolul cel mai important în prevenirea și combaterea bolilor cronice.

Pentru a fi eficace, educația sanitară trebuie începută încă din copilărie, nu numai pentru că cei mici sunt mai receptivi, ci și pentru că multe din bolile cronice care devin evidente la adult încep încă din copilărie.

Prevenția primară trebuie întovărășită și de o prevenție secundară. Rolul prevenției secundare ar fi acela de a descoperit bolile cronice cât mai precoce, încă din faza lor asimptomatică. Desigur că pentru a putea realiza acest lucru, medicul va trebui să apeleze, pe lângă examenul clinic foarte amănunțit, cu o anamneză foarte atentă, și la investigațiile paraclinice corespunzătoare. În acest sens medicul dispune de serie întregă de markeri care pot pune în evidență tulburările biologice caracteristice bolii.

De remarcat că prevenirea și combaterea bolilor cronice nu depinde numai de sistemul sanitar, ci și de alte instituții și sisteme ale statului, așa cum ar fi școala, comerțul, presa scrisă și vorbită, dar și administrația de stat, care pot contribui într-o măsură foarte importantă la combaterea factorilor de risc și la adoptarea unui stil de viață sanogenetic.

ALIAȚI UTILI, PRECAUȚII NECESARE

Conf. Dr. Horia Bălan

Spitalul Clinic Județean „Sfinții Împărați Constantin și Elena”, Ilfov

Anatagoniștii canalelor calcice reprezintă o clasă terapeutică de mare utilitate, cu o foarte largă paletă de utilizare (cu mențiunea unei foarte probabile lărgiri a acesteia în viitorul apropiat): HTA esențial și unele forme de HTA secundare (în special în formele cu exces catecolaminic), HTA cu variate comorbidități și situații fiziologice particulare: HTA cu angor pectoris, HTA cu vasculopatii periferice, HTA cu ateromatoză carotidiană, HTA cu tahicardie supraventriculară, HTA în sarcină, boală cardiacă ischemică (cu o mențiune specială pentru angorul Prinzmetal, prevenția secundară post-IMA, astmul bronșic etc.).

Unul dintre efectele adverse (mult mai frecvent decât procentele menționate în prospectele medicamentelor – care se referă doar la tipurile majore de efecte adverse) este reprezentat de hipertrofia gingivală (pentru a cărei recunoaștere este necesară o examinare foarte atentă, inclusiv un consult interdisciplinar: la un parodontolog), efectele

pe termen lung putând fi extrem de severe, în special ca urmare a perpetuării unui focar major de infecție secundară la nivelul parodontiului, a eventualelor edentații extinse pe care le poate genera, dar și din cauza silențiozității dezvoltării.

Apariția acestuia poate fi prevenită sau, odată apărut (cu decelare precoce prin atenție specială acordată problemei), nu impune renunțarea la beneficiile oferite de clasa terapeutică.

Iată amănunte ce pot constitui un domeniu de interes pentru practicieni, în beneficiul major al pacienților.

ANTIHIPERTENSIVE CURENTE SUB SEMNUL ÎNDOIELII

Prof. Dr. Dan-Dominic Ionescu

UMF Craiova

O regulă simplă, de bază, a practicii medicale spune că orice medicament activ se prescrie întotdeauna pentru a preveni, a vindeca sau a ameliora o boală și/sau complicațiile acesteia dacă beneficiile sale sunt mult mai mari decât prejudiciile posibile atunci când există un nivel bazal de risc inacceptabil fără tratament. Această regulă este derivatul modern și explicit al principiului „**Primum non nocere**” al lui Hipocrat.

Știind că în întreaga lume și, desigur, și în România, hipertensiunea arterială (HTA) este o boală cu foarte mare prevalență în populația generală, devine evident că tratamentul corect al acesteia are o mare importanță în reducerea mortalității generale și cardiovasculare (CV), precum și în reducerea riscurilor de evenimente cardiace, cerebrale și renale semnificativ mai frecvente la pacienții hipertensivi.

Arsenalul terapeutic antihipertensiv actual este extrem de bogat și în continuă creștere numerică, iar unele dintre medicamentele curente au deja o lungă istorie de utilizare clinică. Această vechime permite o reevaluare lucidă a eficienței lor în termeni majori de reducere nu numai a valorilor tensiunii arteriale (TA), ci și în sensul efectelor lor asupra evoluțiilor spre deces ori spre complicații majore. În mod surprinzător, o serie de studii recente și metaanalize au ridicat suspiciuni serioase privind unele dintre antihipertensivele „clasice” cum sunt diureticele (mai ales hidroclorotiazida) și beta-blocantele adrenergice.

Astfel, hidroclorotiazida, cel mai vechi antihipertensiv aflat în uz, prescrisă la doze de 12,5-25 mg/zi, pare să aibă un foarte slab efect de scădere a TA, fără să influențeze deloc morbimortalitatea generală și cea CV. La doze \geq 25 mg/zi, efectele globale sunt mai bune, dar sunt

grevate în terapie pe termen lung de riscuri majore și inacceptabile de diabet zaharat, hipotensie, hiponatremie și hiperuricemie.

În ceea ce privește beta-blocantele adrenergice, nu există practic niciun studiu și nicio meta-analiză care arate vreun beneficiu al utilizării lor în prima linie de tratament antihipertensiv. Mai mult decât atât, există dovezi că în realitatea practică această clasă, comparată cu alte clase de antihipertensive, poate crește semnificativ riscul de accident vascular cerebral în absența oricăror beneficii, violând astfel principiul lui Hipocrat mai sus menționat. Și, în plus, însăși indicația unanim acceptată de prescriere a acestei clase de medicamente la pacienți cu cardiopatie ischemică dovedită este sub o mare suspiciune de ineficiență.

În absența unor ghiduri recente de tratament al HTA care să țină seama de toate aceste date recente, rămâne deocamdată în sarcina medicului practician să decidă cea mai bună terapie antihipertensivă pentru pacienții săi.

DE LA PREVENȚIE LA TRATAMENTUL HIPERURICEMIILOR ASIMPTOMATICE ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

Prof. Dr. Afilon Jompan,

Șef Lucr. Dr. Monica Horge

Universitatea de Vest „Vasile Goldiș”, Arad

Rezumat: Hiperuricemiile reprezintă modificări metabolico-enzimatice care se caracterizează prin creșterea concentrației sanguine a acidului uric peste valorile considerate normale (> 6 mg/dl la femei și > 7 mg/dl la bărbați).

Dar hiperuricemiile sunt de aproape trei ori mai frecvent asimptomatice, iar aceste hiperuricemii asimptomatice, în special la valori discret superioare, la persoanele cu risc de complicații erau monitorizate, iar în marea majoritate a cazurilor erau neglijate.

Importanța problemei constă în faptul că aceste hiperuricemii chiar cu valori discret superioare, favorizează producerea unor modificări vasculare arteriolare la nivel renal, în special la persoanele tinere, determinând apariția hipertensiunii arteriale ce devine apoi ireversibilă chiar dacă se modifică ulterior valorile acidului uric în sânge.

Pentru medicul de familie devine imperios necesar desfășurarea unei activități de prevenție secundară ce constă în depistarea precoce a hiperuricemiilor asimptomatice și prin aplicarea unui tratament non-farmacologic și farmacologic adecvat obiectivului propus: scăderea valorilor sanguine la valorile ce nu implică risc de îmbolnăvire și complicații.

Metodologia: a fost investigată populația de peste 30 ani (1224 persoane) sub aspect clinic: anamneză, IMC, TA, iar paraclinic s-a efectuat: uricemie, glicemie, colesterol, HDL-colesterol și trigliceride.

Rezultate: Prevalența hiperuricemiilor la nivelul unei populații adulte de peste 30 ani, din mediul urban a înregistrat o valoare de 7,43%, cu valori semnificativ mai crescute la bărbați 8,06% față de femei 6,84%.

Din totalul hiperuricemiilor 74,73% au fost asimptomatice.

Prevalența acestor hiperuricemii asimptomatice, se asociază adesea cu excesul ponderal – obezitatea, cu diabetul zaharat, scăderea toleranței la glucide, cu dislipidemia, cu hipertensiunea arterială, cu consumul exagerat de alcool și cu persoane ce au antecedente familiale de complicații ale hiperuricemiilor.

Tratamentul pacienților asimptomatici cu hiperuricemie necesită îngrijiri non-farmacologice:

- combaterea sedentarismului;
- combaterea excesului ponderal și al obezității prin regim hipocaloric;
- regim dietetic cu respectarea aportului de purine, care să nu depășească 200 mg/24h;
- interzicerea consumului excesiv de alcool (în special aperitive și vinuri învechite);
- regim sărac în sare și cu consum de lichide > 2,5 l /24 h;
- cura cu ape minerale alcaline (Bodoc, Malnaș, Covasna).

Tratament medicamentos care să inducă inhibarea sintezei acidului uric (uricostatice) și cu cele ce produc eliminare de acid uric (uraturie) secundar de tipul acid orotic, allopurinol, tiopurinol, probenecid.

Cuvinte cheie: hiperuricemii asimptomatice, prevalență, prevenție, tratament.

DIAGNOSTICUL AFECTĂRII ARTERIOSCLEROTICE DE ORGAN ÎN STADIUL CLINIC ȘI SUBCLINIC ÎN PRACTICA MEDICINEI DE FAMILIE

Prof. Dr. Elena Ardeleanu, Dr. Daniela Gurguș,

Dr. A. Gruici, Dr. R. Suci

Disciplina de Medicina Familiei,

UMF „Victor Babeș”, Timișoara

Continuum-ul cardiovascular elaborat de Dzau și Braunwald evidențiază evoluția pacientului sănătos, asupra căruia acționează o serie de factori de risc cum sunt fumatul, dislipidemia,

stresul, ce duc la apariția aterosclerozei subclinice, situație în care apar ateroame cu diferite localizări cum sunt cele coronariene, cerebrale, renale sau arteriale periferice. Este etapa asimptomatică clinic, de la care se poate trece prin creșterea plăcii sau complicații aterotrombotice la apariția, de exemplu, a anginei pectorale sau chiar a unui infarct miocardic, situație în care boala cardiovasculară intră în etapă clinică.

Evoluția ulterioară a cazului exemplificat poate să se complice cu insuficiență cardiacă, care în stadiul final va deveni refractară la tratament și va fi urmată de deces de cauză cardiovasculară. Este foarte important ca boala arteriosclerotică să fie depistată în faza preclinică sau în faza incipientă a bolii coronariene manifeste, când măsurile de prevenție pot întârzia, stopa sau chiar produce o regresie a leziunilor.

În lucrare se prezintă dificultățile de diagnostic ale bolii aterosclerotice cu manifestări clinice, un prim caz de boală coronariană cu durere atipică și ECG de repaus normal. Al doilea caz se referă la o pacientă cu arteriopatie obliterantă stadiul 2, la care diagnosticul s-a pus clinic prin testul Samuels. Al treilea caz prezintă un pacient hipertensiv nou diagnosticat, încadrat în clasa de risc cardiovascular mediu, la care detecția aterosclerozei carotidiene prin ecografie carotidiană a reclasificat riscul cardiovascular ca fiind unul ridicat. În acest caz s-a impus o terapie preventivă mai agresivă constând din aspirină, statine pentru a atinge ținta de LDL sub 100 mg% și terapie imediată antihipertensivă.

EPECTELE NON-ANTIBACTERIENE ALE MACROLIDELOR ÎN ABORDAREA TERAPEUTICĂ A PNEUMONIILOR ACUTE COMUNITARE

Conf. Dr. Victoria Aramă

Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș”, UMF „Carol Davila”, București

Pneumonia comunitară (PC) este deseori o urgență medicală care necesită un tratament antimicrobian prompt și adecvat. În funcție de prezența sau absența comorbidităților și a criteriilor de gravitate, medicul la care se prezintă pacientul cu PC trebuie să stabilească dacă este sau nu necesară spitalizarea și să aleagă serviciul medical adecvat îngrijirii pacientului respectiv (boli infecțioase, medicină internă, pneumologie sau terapie intensivă).

Până la obținerea rezultatelor determinărilor bacteriologice, alegerea inițială a antibioticoterapiei este empirică și presupune cunoașterea

agenților etiologici cel mai frecvent implicați în PC, profilul de sensibilitate la antibiotice al acestora, precum și factorii de risc specifici fiecărui pacient (boli cardiopulmonare cronice, boli sau tratamente însoțite de imunodepresie, factori de risc pentru achiziția de tulpini bacteriene rezistente, cum ar fi spitalizarea și antibioticoterapia anterioară). Ghidurile terapeutice actuale recomandă macrolide ca terapie de primă intenție pentru pacienții cu PC fără semne de gravitate, fără copatologii și fără factori de risc pentru bacterii rezistente. Pentru pacienții cu copatologii și/sau factori de risc prezenți pentru bacterii rezistente se recomandă asocieri de betalactamine cu macrolide sau fluoroquinolone respiratorii în monoterapie. Avantajele asocierii macrolidelor includ lărgirea spectrului antibiotic și către germenii atipici, acoperirea unor tulpini bacteriene rezistente la betalactamine sau a unor infecții polimicrobiene, precum și efectul sinergic cu betalactaminele.

Pe lângă efectul antibacterian, macrolidele reprezintă singura familie de antibiotice care posedă proprietăți antiinflamatoare și imunomodulatoare, prin acțiunea asupra neutrofilelor, macrofagelor și monocitelor și prin inhibiția unor citokine inflamatorii. De asemenea, macrolidele pot inhiba sistemele de semnalizare interbacteriană, pot inhiba producția de biofilm și sinteza unor enzime bacteriene. Astfel, macrolidele inhibă sinteza pneumolizinei secretate de tulpinile de pneumococ, care reprezintă un important factor de virulență cu rol în colonizare și invazie. În plus, macrolidele au efect mucoreglator, prin protejarea epitelului respirator ciliar și ameliorarea clearance-ului mucociliar.

Datorită efectelor antiinflamator, imunomodulatoare și mucoreglator care se sumează acțiunii antibacteriene, macrolidele reprezintă o opțiune terapeutică cu un plus de eficiență în managementul infecțiilor comunitare de tract respirator inferior.

EVALUAREA RISCULUI CARDIOVASCULAR PRIN ECOGRAFIE CAROTIDIANĂ

Prof. Dr. Elena Ardeleanu, Dr. Daniela Gurguş, Dr. A. Gruici, Dr. R. Suci

Disciplina de Medicina Familiei, UMF „Victor Babeș”, Timișoara

Obiectivul studiului a fost stabilirea riscului cardiovascular real la lotul de studiu prin măsurarea grosimii intimă-medie (GIM) și detecția plăcilor de aterom la nivelul arterelor carotide.

Diagramele SCORE subestimează frecvent riscul cardiovascular (RCV) la o proporție importantă din populație. Ecografia carotidiană, prin măsurarea GIM este utilă în identificarea aterosclerozei subclinice.

Metodă: Ecografia carotidiană a fost efectuată la 142 subiecți cu vârstă peste 40 ani cu risc SCORE mic sau intermediar. Detecția unei GIM anormale a reclasificat subiecții ca având un RCV înalt.

Rezultate: riscul SCORE calculat pe baza diagramei a dat următoarele rezultate: risc redus la 40 pacienți (28,2%) și intermediar la 102 (71,8%). Grosimea medie intimă-carotidă a fost $0,76 \pm 0,14$ mm. Rezultatele ecografiei carotidiene a reclasificat riscul la 39 pacienți (27,46%). Reclasificarea s-a produs la 34 pacienți (33,3%) din grupul intermediar de RCV și la 5 pacienți (12,5%) din grupul de risc redus ($p < 0,05$). Reclasificarea s-a corelat cu istoricul de hipertensiune arterială ($p < 0,001$), tensiunea arterială sistolică ($p = 0,001$), vârsta ($p < 0,005$), colesterolemia ($p < 0,05$) și fumatul ($p < 0,05$).

Concluzii: Ecografia carotidiană este o investigație deosebit de utilă în medicina preventivă. GIM ameliorează clasificarea riscului, identificând indivizii cu risc crescut, nedetectat prin SCORE și contribuie la stabilirea unor strategii preventive mai agresive și precoce.

Cuvinte cheie: ateroscleroză subclinică, grosime intimă-medie, reclasificarea riscului cardiovascular

DISFUNȚII TIROIDIENE SUBCLINICE: DE LA URMĂRIRE LA NECESITATEA INTERVENȚIEI TERAPEUTICE

Conf. Dr. Corin Badiu

Institutul Național de Endocrinologie
„C.I. Parhon”, UMF „Carol Davila”, București

Patologia tiroidiană, una dintre cele mai importante probleme de sănătate în endocrinologie, mai ales în condițiile carenței iodate din România, prezintă adesea forme subclinice în care intervenția terapeutică este controversată. Ghidurile terapeutice nu sunt foarte specifice în acest domeniu, decizia fiind luată în funcție de particularitățile fiecărui caz, fapt ce duce la o medicină personalizată.

Hipertiroidismul subclinic este definit ca supresia subliminală a nivelului de TSH ($< 0,1$ mU/L), cu valori normale ale T3, T4 și fT4. El este întâlnit pe parcursul evoluției unor boli tiroidiene și non-tiroidiene, dar și fiziologic, în sarcină. Intervenția terapeutică este justificată doar în

acele cazuri în care riscul cardiovascular și riscul asupra masei osoase sunt semnificative.

La polul opus, hipotiroidismul subclinic este situația în care TSH depășește 5 mU/L, cu valori normale ale T3, T4, fT4. El generează alterări ale metabolismului lipidic, kineticii ventriculului stâng, modificări cognitive și metabolice, ducând adesea la necesitatea frecventă a intervenției terapeutice gradate. Cea mai frecventă cauză este carența iodată medie și ușoară, ce se poate rezolva cu ușurință prin programele de suplimentare cu iod (sare iodată, ulei iodat). O alta este tiroidita Hashimoto, cu necesitatea intervenției substitutive cu doze progresive de tiroxină, pe parcursul instalării hipotiroidiei.

Pe ansamblu, patologia tiroidiană subclinică este un domeniu de aplicare pentru medicina personalizată, de la o urmărire activă la o intervenție terapeutică precoce și eficientă.

PREVENȚIA TULBURĂRILOR PSIHICE ÎN LUMEA CONTEMPORANĂ – UN ȚĂRM TOT MAI ÎNDEPĂRTAT

Prof. Dr. Florin Tudose

Spitalul Universitar de Urgență, București

Alarmantele date care arată că în viitoarele două decenii depresia va ocupa un nedorit loc unu în morbiditatea generală pun cu insistență problema ce s-ar putea face pentru ca amenințările să nu devină realitate. Răspunsul este evident prevenție dar această perspectivă este una tot mai iluzorie în condițiile în care modificările societății sunt unele fără precedent: noua societate informațională este grevată de o presiune informațională căreia individul pare să fie incapabil să se adapteze cu rapiditate. Sistemele medicale de asistență se dovedesc incapabile să facă față unei structuri demografice esențialmente schimbată, în care piramida vârstelor este complet răsturnată iar sistemele educaționale întotdeauna inertiabile se adaptează cu greu sau deloc acestor schimbări. În aceste condiții, prevenția devine tot mai mult un deziderat care doar rareori se transformă în acțiune concretă.

ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN DEPISTAREA TUMORILOR NEUROENDOCRINE GASTRO-ENTERO- PANCREATICE (NET-GEP)

**Prof. Dr. Mircea Diculescu¹,
Dr. Alexandru Lupu²**

¹Directorul Centrului de Gastroenterologie și
Hepatologie Fundeni, București

²UMF „Carol Davila”, București

Tumorile Neuro-Endocrine (NET) sunt la ora actuală unele dintre tumorile cu cea mai rapidă creștere a frecvenței în rândul populației adulte. Localizarea acestor tipuri de tumori se regăsește extrem de frecvent la nivelul tractului digestive sau pancreasului datorită bogăției de cellule enterocromafine sau enterocromafin-like de la acest nivel. Pe de altă parte varianta diseminativă a acestor tumori sunt localizate la nivel hepatic sub formă de metastază.

Tumorile neuroendocrine ale tractului GastroEnteral și ale Pancreasului (GEP) nu sunt întotdeauna simptomatice și de multe ori simptomatologia este frustă sau necaracteristică. Cel mai frecvent simptomele apar târziu, când tumorile sunt manifeste din cauza masei de celule neoplazice de la nivelul metastazelor hepatice.

La ora actuală există atât metode modern de depistare, cât și de tratament al acestor tumori. Rolul medicului de familie poate fi decisiv în trimiterea pacientului cu suspiciunea de NET GEP la medicul specialist gastroenterolog sau endocrinolog care poate să pună diagnosticul corect, precum și să pornească terapia modernă și multimodală a acestor tumori deosebit de polimorfe ca și comportament hormonal și proliferativ.

Prezentarea face referire la modalitățile diferite de prezenare a unui pacient cu NET PET în scopul unei cât mai precoce abordări diagnostic și evident terapeutice.

SCĂDEREA PONDERALĂ INVOLUNTARĂ

Conf. Dr. Cristian Băicuș

Clinica de Medicină Internă Colentina, București

Scăderea ponderală involuntară este o condiție importantă care nu a fost acoperită extensiv de literatura medicală. 3-5% dintre pacienții internați în serviciile de medicină internă vin pentru această problemă, un sfert dintre pacienții ei au cancer, iar o parte dintre ceilalți au afecțiuni psihiatrice.

Cea mai utilizată definiție a scăderii ponderale involuntare îndeajuns de importante încât să

necesite investigații etiologice este scăderea ponderală de cel puțin 5% din greutatea uzuală, în ultimele 6-12 luni.

Cauzele organice de scădere ponderală sunt de obicei revelate de o evaluare bazală, iar niște rezultate normale sunt de obicei liniștitoare, caz în care se recomandă o urmărire atentă în loc de investigații extensive, deoarece prognosticul scăderii ponderale de cauză nedeterminată este în general bun. Dimpotrivă, pacienții cu cancer și scădere ponderală au un prognostic sever din cauza stadiului avansat al bolii. Pe de altă parte, acești pacienți sunt ușor de diagnosticat. Analizele care prezic etiologia neoplazică la pacienții cu scădere ponderală involuntară fără chei diagnostice clinice sunt albumina serică scăzută, LDH, fosfatazele alcaline și VSH crescute, ca și leucocitoza.

UTILITATEA INDICELUI GLEZNĂ-BRAȚ ÎN EVALUAREA BOLII ARTERIALE PERIFERICE

**Prof. Dr. Elena Ardeleanu, Dr. A. Gruici,
Dr. Daniela Gurguș**

*Disciplina de Medicină Familiei,
UMF „Victor Babeș”, Timișoara*

Introducere. Boala arterială periferică (BAP) poate fi diagnosticată precoce în perioada asimptomatică și prin măsurarea indicelui gleznă-braț (IGB).

Scopul lucrării. Stabilirea corelației între IGB și prezența BAP, în scopul îmbunătățirii diagnosticului precoce al bolii, în special al cazurilor asimptomatice. Am comparat riscul de deces de orice cauză și riscul de evenimente cardiovasculare majore la lotul de bolnavi cu BAP, față de bolnavii fără BAP. Un alt obiectiv a fost evaluarea indivizilor cu IGB scăzut din punct de vedere al factorilor majori de risc CV.

Material și metodă. Studiul s-a desfășurat între 2008-2012 și a inclus 344 de persoane simptomatice și asimptomatice, peste 50 de ani, cu vârstă medie 62 ± 8 ani, 58% bărbați și 42% femei, care au fost dispensarizate prin intermediul cabinetelor de MF din județul Timiș. Perioada medie de urmărire a fost de 36 ± 6 luni. Criteriile de includere în studiu au fost: vârsta între 51-78 ani, și prezența unei boli cardiovasculare manifeste sau cel puțin unui factor de risc major pentru boală cardiovasculară sau cerebrovasculară. IGB s-a efectuat folosind un dispozitiv Doppler, pacienții fiind evaluați detaliat din punct de vedere al factorilor de risc cardiovasculari și al patologiei asociate.

Rezultate. Valori normale ale IGB între 0,9 și 1,3 s-au găsit la 74% dintre pacienți. IGB > 1,3 a fost depistat la 7% dintre pacienți, 66% dintre aceștia fiind diabetici. IGB a confirmat diagnosticul de BAP la 23% dintre pacienți, fiind eficient în detectarea cazurilor asimptomatice de arteriopatii. Prevalența BAP a fost mai mare la următoarele categorii: diabetici, hipertensivi, vârstnici, fumători și la pacienții cu mai mulți factori de risc de arterioscleroză. Riscul de evenimente fatale și non-fatale la pacienții cu BAP a fost de aproape 2,5 ori mai mare (RR:2,44 CI:2,05-3,14). Pacienții cu IGB < 0,5 au avut un risc relativ de evenimente cardiovasculare de 5 ori mai mare (RR:5,51 CI:3,62-7,64) față de pacienții cu IGB > 0,9.

Concluzii: Determinarea IGB este o investigație neinvazivă ușor de efectuat în cabinetul de MF și are o importanță semnificativă pentru diagnosticul precoce al BAP.

20 DE ANI DE LA DEBUTUL PRIMULUI PROGRAM EUROPEAN DE TRANSPLANT RENAL ÎN ROMÂNIA

Prof. Dr. Mihai Lucan

Institutul Clinic de Urologie și Transplant Renal, Cluj-Napoca

Istoria transplantului în România este, în ultimă instanță, o secvență a istoriei transplantului universal. Primul program național coerent, bazat pe sistemul european, a debutat la Cluj-Napoca în 1992 sub conducerea Prof. Dr. Mihai Lucan. Astăzi, după 20 de ani muncă susținută, celebrăm peste 1.500 de transplantate renale și combinate rinichi-pancreas. Prezentarea de față amintește drumul greu, parcurs cu atâtea sacrificii și dedicare care a dus în final la înființarea Institutului Clinic de Urologie și Transplant Renal și, nu în ultimul rând, prezintă experiența acumulată de-a lungul anilor de echipa acestui institut, condusă de profesorul dr. Mihai Lucan.

În prezent, în ICUTR se realizează în medie 130 de transplanturi renale anual, cu rezultate comparabile cu statisticile de referință mondiale, elementul particular fiind că multe din aceste transplanturi sunt realizate în condiții deosebite: grefe cu anomalii anatomice, transplanturi pediatrice, transplanturi încruciate, transplanturi de grefe prelevate prin chirurgie laparoscopică. 70% din activitatea desfășurată de echipa de medici urologi condusă de prof. dr. Mihai Lucan este minim invazivă, ceea ce înseamnă că cele mai multe dintre afecțiunile tractului urinar sau ale rinichilor se tratează endourologic (peste

70.000 de operații de acest gen) sau laparoscopic (peste 10.000).

În acest context, Institutul Clinic de Urologie și Transplant are adresabilitate nu numai națională, cât și internațională, fiind considerat un centru de referință atât pentru chirurgia urologică, cât și pentru transplantul renal.

CORPII STRĂINI RESPIRATORI LA COPIL

**Dr. Corneliu Toader², Dr. Miorița Toader¹,
Dr. Daniela Neacșu³, Dr. Adina Zamfir⁴**

¹S.C.U.C. „Grigore Alexandrescu”, București

²I.N.B.N.C.V., București

³Institutul „Ana Aslan”, București

⁴Spitalul „Colțea”, București

Urgențele în ORL Pediatrie reprezintă o problemă diversă, mereu nouă, de mare actualitate și de mare responsabilitate. Puține afecțiuni din patologia copilului prezintă dramatismul simptomatologic și necesitatea de intervenție atât de promptă ca în cazul corpiilor străini respiratori. Lucrarea de față vine să aducă o modestă contribuție la îmbogățirea materialului informativ referitor la diagnosticul și tratamentul corpiilor străini traheobronșici, la complicațiile imediate și tardive determinate de aceștia. Studiul cuprinde 724 de cazuri internate în perioada 2001-2005 în secția ORL din cadrul Spitalului Grigore Alexandrescu, 243 de cazuri fiind confirmate prin bronhoscopie cu diagnosticul de corp străin traheal sau bronșic.

Cuvinte cheie: ORL, copil, corp străin respirator, bronhoscopie.

ROLUL ECOGRAFIEI ÎN DEPISTAREA LEZIUNILOR MAMARE – CORELAȚII ECO-MORFO-HISTOLOGICE

Conf. Dr. Adrian Costache, Dr. Cristina Costache
Centrul de formare în ultrasonografie al UMF „Carol Davila”, București

Diagnosticul ecografic al leziunilor glandei mamare trebuie să includă și o corectă clasificare și terminologie, aceasta necesitând implicit o colaborare cu anatomo-patologul. Practic, examinarea ultrasonografică trebuie să încerce să precizeze pe de o parte caracterul benign sau malign al leziunii, iar pe de altă parte, tipul histologic al acesteia.

În ultimii ani au existat unele propuneri de a introduce noi concepte și o nouă clasificare a modificărilor histologice ale sânului, deoarece

sistemul ductal și lobulul sunt structuri care pot suferi modificări majore în timpul transformărilor fiziologice ale organismului femeii; totodată, acestea pot suferi și importante modificări patologice.

Clasificările actuale ale leziunilor sânului iau în continuare în discuție leziuni de tip benign și malign.

Leziuni benigne:

Chistele mamare

Aceste leziuni ale glandei mamare sunt atât de frecvente, încât sunt considerate uneori variante fiziologice normale.

Chistele sunt de fapt dilatații ductale (aspect US: imagini transsonice rotund-ovalare, bine delimitate, avasculare, cu pereți subțiri și „întărire posterioară”); în plus, poate exista un grad variabil de fibroză stromală (aspect US: zonă densă, reflectogenă).

Boala fibro-chistică a sânului – este caracterizată prin:

– Histologic: dilatații chistice ale ductelor mamare; fibroza stromală; hiperplazie epitelială ce interesează epitelul ductal.

– US: a. zone fibroase dense, reflectogene, care uneori sunt greu de delimitat de alte zone ale sânului; b. chiste de dimensiuni mici în interiorul unui sandens, fibros; c. zone mici chistice care pot avea aspectul de „fagure de miere”; d. modificări chistice pe zone extinse (țesutul glandular mamar este aproape în întregime înlocuit de chiste).

Fibroadenomul este o leziune solidă destul de frecvent întâlnită la femei tinere (20-35 ani).

Este considerată a fi o tumoră benignă, dar poate reprezenta și formă nodulară a hiperplaziei mamare benigne.

Histopatologic, fibroadenomul este o masă tumorală solidă bine circumscrisă de către o condensare a țesutului conjunctiv. Este alcătuit atât din țesut epitelial (structuri glandulare), cât și din țesut fibros, care proliferază într-o manieră neregulată, nodulară.

US: - fibroadenomul este o formațiune de tip solid, cu contur net, rotund-ovalară, cu ecostructură omogenă, hipocogenă (are aproximativ aceeași ecogenitate ca și grosimea subcutanată);

- poate avea aspect încapsulat datorită compresiei asupra țesutului adiacent.

Papilomul intraductal este o proliferație tumorală benignă a epitelului ductal, având caracter potruziv.

Histopatologic: este o leziune solitară sau multiplă, solitară sau pediculată;

US: o formațiune solidă, ecogenă, localizată în interiorul unui duct dilatat (formațiunea proeminentă în duct);

Tumora Phyllodes – o mică proporție a acestor tumori care sunt maligne prin evoluție, în sensul că pot recidiva local; foarte rar metastazează la distanță.

Histologic – tumora constă într-o aglomerare de celule atipice care par să se „înghesuie” în lumenul ductului, dând aspectul caracteristic de „frunză”.

US: masă hipocogenă neregulată cu trabecule hiperecogene în porțiunea profundă a tumorii.

Leziuni maligne:

Carcinomul ductal

Există câteva noțiuni morfopatologice utilizate pentru definirea modificărilor patologice ale ductului galactofor și ale lobulului:

Hiperplazia micropapilară ductală fără atipie – este definită ca o creștere a numărului celulelor epiteliale ductale și nu are semnificație pentru prognostic.

Hiperplazia micropapilară ductală cu atipie – este o structură care arată ca un duct dilatat cu proiecții papilare în lumen; nu are ax central conjunctivo-vascular.

Hiperplazia ductală atipică (atypical ductal hyperplasia – ADH) – indică prezența proliferărilor celulelor epiteliale cu atipii citonucleare.

Este un termen descriptiv care include câteva leziuni în porțiunea terminală a unității ductale lobulare.

Hiperplazia lobul araatipică (atypical lobular hyperplasia – ALH) și carcinomul lobular (LCIS) – nu presupun manifestări clinice specifice și nu determină modificări macroscopice; diagnosticul este pus prin descoperirea întâmplătoare cu ocazia biopsiei mamare efectuată pentru o altă indicație.

Carcinomul ductal invaziv (invasive ductal carcinoma – IDC) – este definit ca o proliferare cu caracter invaziv a celulelor epiteliale maligne ductale.

Are mai multe subtipuri: solid; comedocarcinom; cribriform; micropapilar.

Clasificarea modernă a Grupului de Lucru a Patologiștilor Europeni (European Pathologists Working Group) separă carcinomul ductal invaziv în 3 categorii:

- bine diferențiat;
- moderat diferențiat;
- slab diferențiat.

Carcinomul ductal invaziv micropapilar – este un tip special de IDC: tumora se dezvoltă în mici „cuiburi” înconjurate de un spațiu asemănător spațiului limfatic; are prognostic prost (incidență mare a metastazelor ganglionare).

În toate situațiile de malignitate enunțate mai sus, precum și în hiperplaziile tipice sau atipice

pice, aspectul ecografic este nespecific și polimorf, incluzând o dilatație ductală unică sau multiplă cu calibru uniform sau de tipmoniform, cu îngroșare parietală uniformă sau nu, cu mici protruzii hiperecoice, cu mici ecouri în lumen. În cazul carcinomului invaziv formațiunea tumorală are caracteristicile ecografice clasice. De precizat că vizualizarea ecografică a leziunilor intraductale și a celor minim invazive se poate face numai cu ecografe de mare performanță, combinând vizualizarea clasică și ductoscopia, în condițiile unui examinator foarte experimentat.

Concluzie. Deși ecografia nu poate preciza cu certitudine caracterul benign sau malign al unei formațiuni mamare și cu atât mai puțin tipul histologic, rămâne singura metoda care poate preciza raportul leziunii cu unitatea ducto-lobulară, servind ca ghidaj pentru puncția citodiagnostică. Citohistopatologia și imunohistochimia rămân singurele metode reale pentru un diagnostic de certitudine în patologia mamară.

Cuvinte cheie: leziuni mamare, ecografie, histopatologie

ASPECTE ENDOSCOPICE ȘI SCHEME DE TRATAMENT ÎN INFECȚIA CU HELICOBACTER PYLORI

Prof. Dr. Ștefan Sorin Aramă
UMF „Carol Davila”, București

Se estimează că infecția cu *Helicobacter pylori* (HP) afectează circa 50% din populația globului. Hp este implicat în patogenia gastritei cronice, ulcerului peptic, adenocarcinomului gastric și limfomului gastric MALT. De asemenea, HP este factor etiologic în unele cazuri de anemie feriprivă, purpură trombocitopenică idiopatică și deficit de vitamină B12. Diagnosticul infecției se face prin metode invazive, care utilizează biopsii gastrice recoltate endoscopic (testele rapide cu urează, examenul histopatologic, cultura germenului) sau prin metode neinvazive (testul respirator cu uree marcată cu ¹⁴C, evidențierea antigenelor HP în fecale, evidențierea anticorpilor anti-HP în ser). Factorii de patogenitate ai HP sunt multipli: proteina CagA, citotoxina vacuolizantă VacA, ureaza, lipopolizaharidul, lipaza și fosfolipaza, capacitatea de a induce local eliberarea de mediatori ai inflamației (IL1, IL2, IL6, TNF alfa, IFN gama) etc. Eradicarea infecției cu HP este indicată la pacienții cu ulcer gastric și duodenal activ sau inactiv, inclusiv ulcer complicat, limfom gastric MALT, gastrită cronică atrofică, la pacienții re-

zețați gastric pentru cancer, rudele de gradul I ale pacienților cu cancer gastric sau la cererea explicită a pacientului. Schemele de eradicare ale HP trebuie adaptate în funcție de datele despre rezistența germenului la antibiotice. În zonele cu rezistență scăzută la claritromicină se recomandă ca tratament de linia I tripla terapie cu inhibitori ai pompei de protoni (IPP) + claritromicină + amoxicilină/metronidazol. La acestea se poate adăuga bismut (cvadruplă terapie). În zonele cu rezistență crescută la claritromicină se recomandă ca tratament de linia I cvadruplă terapie cu bismut. Schemele de tratament de linia II includ fie bismut în cvadruplă terapie, fie asocierea de IPP + levofloxacină + amoxicilină. În caz de eșec al tratamentului de linia II, se recomandă stabilirea unei scheme după testarea rezistenței la antibiotice a tulpinii de HP.

COMPLEXITATEA RELAȚIEI PSORIAZIS – SINDROM METABOLIC

**Asist. Univ. Dr. Ana Maria Alexandra Zotta¹,
Șef Lucr. Dr. Ioana Veronica Grăjdeanu²**

¹Spitalul „Elias”, UMF „Carol Davila”, București

²UMF „Carol Davila”, București

Coexistența celor 2 boli – psoriazisul și sindromul metabolic, ridică problema existenței unei legături între ele.

Psoriazisul (o boală sistemică, inflamatorie, imun mediată cu implicarea celulelor T-helper tip 1 și cytokine ca: TNF-alf, interferon gama, interleukina 2,6,12, recent și 17,22,23) și Sindromul Metabolic (obezitate abdominală, trigliceridemie, HDL colesterol scăzut, hipertensiune arterială, hiperglicemie), au căi comune inflamatorii; pe lângă acestea, mai au în comun: sunt boli cronice, au același stil de viață, factori de mediu comuni, link-uri genetice, au scăzut proliferatorul de peroxizomi – receptorul γ activat.

S-a constatat la pacienții cu psoriazis care au dezvoltat ulterior sindrom metabolic o agravare a psoriazisului, iar la cei cu sindrom metabolic psoriazisul s-a declanșat la o vârstă mai mică. Riscul crescut cardiovascular este deja cunoscut în ambele afecțiuni, acest risc este mult mai mare pentru pacienții care au combinația Psoriazis – Sindrom Metabolic.

Se va conștientiza riscul crescut al pacientului cu psoriazis de a dezvolta sindrom metabolic, dar și al pacientului cu sindrom metabolic de a dezvolta psoriazis; astfel, apare necesitatea îmbunătățirii screeningului acestor pacienți.

Cuvinte cheie: psoriazis, sindrom metabolic, screening, căi inflamatorii

UPDATE ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL INFECȚIILOR CU VIRUSURILE HERPES SIMPLEX 1 ȘI 2

Conf. Dr. Victoria Aramă

Institutul Național de Boli Infecțioase

*„Prof. Dr. Matei Balș”, UMF „Carol Davila”
București*

La nivel mondial, herpesul genital (HG) este o problemă importantă de sănătate publică, reprezentând cea mai frecventă boală cu transmitere sexuală și prima cauză de ulceratii genitale. În ultimele decenii, incidența HG se află într-o continuă creștere. HG este produs predominant de HSV2 (Herpes Simplex Virus 2), dar în ultimele decenii a crescut semnificativ implicarea HSV1. Se estimează că 80% dintre pacienții infectați sunt asimptomatici, rămânând nediagnosticsați și netratați. Se apreciază că 70% dintre contaminări au loc în perioada asimptomatică de boală, ca urmare a excreției virale asimptomatice, care are loc intermitent, în absența oricăror semne clinice. Leziunile de HG reprezintă veritabile porți de intrare pentru virusul HIV, fapt care conduce la dublarea riscului de achiziție a infecției HIV.

Herpesul genital poate îmbrăca forme clinice multiple, deseori atipice, fiind uneori greu de diagnosticat clinic. Primoinfecția este întotdeauna mai zgomotoasă clinic decât recurențele. La pacienții imunodeprimați și la nou-născutul infectat de la mamă, boala poate îmbrăca forme severe, cu leziuni extinse, ulcerohemoragice și cu determinări viscerale. Deseori, HG are un răsunet important la nivel psiho-social, psiho-sexual și psiho-profesional.

În ultimii ani s-au înregistrat progrese importante în diagnosticul de laborator al infecției HSV, existând teste serologice rapide care diferențiază HSV1 de HSV2. Cu ajutorul acestor teste se poate confirma diagnosticul chiar în timpul consultației.

Ghidurile terapeutice recente (CDC și IHMF) subliniază importanța diagnosticării și tratării precoce a HG. La ora actuală există 3 molecule antivirale recomandate în terapia HG: Aciclovir, Valaciclovir (Valtrex) și Famciclovir. Trialurile clinice au demonstrat superioritatea valaciclovirului din punct de vedere al eficienței clinice și siguranței.

Tratamentul antiviral în HG are următoarele efecte benefice: reduce intensitatea și severitatea simptomelor, previne complicațiile, reduce rata recurențelor clinice, previne transmiterea bolii la partener și reduce impactul psihosocial al bolii. În ultimul deceniu s-a introdus

o nouă strategie terapeutică foarte eficientă, numită terapie antivirală supresivă, care constă în administrarea zilnică și pe termen lung (ani) a unei doze de valaciclovir sau aciclovir, care va reduce frecvența recurențelor până la dispariția acestora.

VACCINAREA BCG ÎNTRE MIT ȘI REALITATE

Prof. Dr. Ioan Paul Stoicescu

UMF „Carol Davila”, București

Vaccinarea BCG introdusă în practica medicală de peste 90 ani a fost apreciată de-a lungul timpului ca fiind una dintre cele mai eficiente metode de prevenire a îmbolnăvirilor prin tuberculoză. Acest deziderat, parțial confirmat, suscită în ultima vreme discuții încă incomplet tranșate. S-a declanșat o reală campanie de creare de noi vaccinuri care să poată fi atestate cu certitudine ca fiind eficiente în prevenirea infecției sau îmbolnăvirilor prin tuberculoză. Sunt la ora actuală peste 100 de vaccinuri în curs de experimentare, unele dintre ele fiind chiar în stadii avansate de cercetare.

Prevenirea tuberculozei clamată când vorbim de vaccinarea BCG se referă în special la posibilitatea prevenirii formelor grave (meningita, miliară). Eficiența vaccinului BCG a fost abordată în numeroase studii, dar rezultatele obținute sunt discordante și nu permit certitudini absolute întrucât plaja valorilor raportate variază de la 0% la 80% protecție.

S-au înregistrat și rezultate aparent paradoxale, în sensul că în țări cu endemie ridicată protecția a fost apreciată ca nulă, în timp ce în țări cu incidență joasă protecția a fost apreciată la peste 70% (Marea Britanie).

Protecția îndoielnică și imposibilitatea evitării efectelor secundare, unele severe, înregistrate în special în zonele cu prevalență mare a infecției HIV, determină necesitatea reanalizării unei atitudini corecte privind abordarea acestei metode. Sunt state care au abandonat sau nu au adoptat ideea vaccinării nediscriminative la naștere.

Organizația Mondială a Sănătății recomandă păstrarea vaccinării, cât mai rapid după naștere, ca fiind încă o metodă care nu poate fi abandonată în țările cu prevalență ridicată a tuberculozei.

Este necesar să se abordeze o atitudine cât mai corectă care să pună în balanță avantajele și dezavantajele vaccinării BCG și a costului și eficienței.

Până la apariția unui vaccin care să facă dovada de necontestat a eficienței, este nevoie să cunoaștem adevărul așa cum apare el din evidențele disponibile la ora actuală.

Este bine să vaccinăm în continuare sau este mai bine să nu vaccinăm și să identificăm copii infectați și să tratăm infecția tuberculoasă latentă care, tratată, poate oferi un grad mai ridicat de protecție? Poate nu voi putea să răspund la această întrebare, dar nu pot să nu mi-o pun.

MANAGEMENTUL INTEGRAT AL CANCERULUI COLORECTAL (CCR) – ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE

Conf. Dr. Mircea Manuc

UMF „Carol Davila”, București

Epidemiologie. Cancerul colorectal a devenit la ora actuală o problemă majoră de sănătate publică atât în UE, cât și în România. Datele Institutului Național de Statistică arată că, la nivelul anului 2011, CCR reprezintă a doua neoplazie la sexul masculin (după pulmon) și a treia la feminin (după sân și uter). Mai mult, în ultimii 25 de ani, incidența s-a triplat, iar mortalitatea s-a dublat.

Managementul integrat al cancerului colorectal presupune un panel larg de activități profilactice, diagnostice, terapeutice și de monitorizare, medicul de familie având un rol pivotal în asigurarea coerenței acestor activități.

1. Profilaxia primară
2. Screeningul în populația cu risc standard
3. Screeningul în populația cu risc crescut
4. Diagnosticul clinic: selectarea pacienților care să fie referiți specialistului gastroenterolog pentru stabilirea diagnosticului final și al stadiului bolii
5. Terapia adecvată (endoscopică, chirurgicală, oncologică – chimio- și radioterapie)
6. Monitorizarea pacienților în timpul și după terapia recomandată (inclusiv îngrijirile paliative).

Profilaxia primară: pentru a fi eficientă, trebuie să se asocieze la programele mass-media și măsuri de popularizare prin cabinetele medicilor de familie, impactul fiind mult mai mare la persoanele care se prezintă la medic.

Screeningul CCR: se va face conform recomandărilor UE prin teste de hemoragii oculte de tip imunochimic. Medicul de familie reprezintă placa turnantă în relația cu pacientul fiind implicat în diseminarea informațiilor legate de screening, încadrarea pacienților în grupa de risc standard sau în subgrupele de risc crescut pentru CRC, conform clasificărilor în vigoare, manipularea testelor, referirea pacienților cu

test pozitiv FOBT către laboratoarele de endoscopie, stabilirea calendarului ulterior de screening pentru persoanele screenate. Este necesară stabilirea unor parametri de performanță, ca și a modalității de remunerare a activităților suplimentare care sunt efectuate în programul de screening.

Diagnosticul clinic: tipul și severitatea simptomelor nu se corelează întotdeauna cu diagnosticul bolii; este importantă evaluarea condițiilor (alarmante) care impun referirea pacienților către gastroenterolog. Este necesară implementarea unor protocoale și ghiduri, pentru a evita probleme ulterioare de malpraxis.

Monitorizarea: medicul de familie trebuie să urmărească calendarul de monitorizare al pacienților stabilit în funcție de stadiul bolii la momentul diagnosticului și terapia recomandată.

Paliția: reprezintă, fără îndoială, un sector deficitar în țara noastră, medicul de familie având principalul rol în acest moment. Este necesară dezvoltarea de centre, servicii și persoane specializate în aceste activități.

Concluzii. Managementul modern al CCR presupune o activitate integrată între autoritățile publice centrale și locale, medicul de familie, centrele de diagnostic cu specific gastroenterologic, centrele de tratament de specialitate chirurgical și oncologic, centrele de paliție. Doar în aceste condiții, se poate realiza o scădere a incidenței, depistarea în stadii precoce, o terapie standardizată și o monitorizare eficientă.

NURSINGUL DE FAMILIE – PROIECT EUROPEAN

Conf. Dr. Luminița Beldean

Universitatea „Lucian Blaga”, Sibiu

După mulți ani de asistență medicală ce a gravitat în jurul spitalului, se conturează bazele asistenței medicale comunitare. În acest context, medicul de familie a fost mai mult valorizat și a apărut conceptul de Nursing comunitar sau Nursing de familie.

Foruri Internaționale (WHO, ICN) au creat bazele pregătirii și practicii în asistența comunitară prin finanțarea de programe de pregătire a personalului medical. Un astfel de program se derulează în UE din 2011, în cadrul unui parteneriat ce include: România, Polonia, Marea Britanie, Scoția, Germania, Portugalia, Slovenia, cu numele: „Clarificarea competențelor necesare nursei de familie în Europa”.

Proiectul este o rețea de dezbateri despre modul în care țările Europei vor organiza module

de studii pentru asistența (nursa) de familie și despre conținutul acestora. Se dorește realizarea unui program european, aplicabil la specificul fiecărei țări. De asemenea, se va demara intrarea în „uz” a clasificării practicilor nursing (ICNP) care este deja tradusă în limba română.

Specialistii vor analiza competențele necesare asistenței (nursei) de familie, se vor crea materiale didactice (cărți) ce vor fi traduse în limba fiecărei țări partenere.

În această lucrare, se prezintă structura proiectului, rezultate ale studiilor efectuate de țările implicate în proiect și un studiu comparativ al practicii nursing în Europa.

Proiectul este coordonat de o echipă de specialiști în Nursing ai Universității West Scotland, finanțat de Consiliul Europei și Organizația Mondială a Sănătății.

TERAPIA ANTIOSTEOPOROTICĂ – PUNCTUL DE VEDERE AL MEDICULUI ORTOPED

**Dr. Olivera Lupescu¹, Dr. Mihail Nagea²,
Dr. Cristina Pătru²,**

Conf. Dr. Gheorghe Ion Popescu¹

¹*Spitalul Clinic de Urgență, UMF „Carol Davila”
București*

²*Clinica de Ortopedie și Traumatologie, Spitalul
Clinic de Urgență, București*

Introducere. Fenomenul osteoporozei capătă aspect endemic din cauza creșterii, în cadrul patologiei ortopedice, a proporției cazurilor în care agentul etiologic este osteoporoza. În prezenta lucrare sunt trecute în revistă principalele aspecte patogenice și terapeutice care implică participarea medicului ortoped la tratamentul pacienților afectați de osteoporoza.

Obiectivele prezentării. Importanța socială a osteoporozei este conferită de creșterea semnificativă a costurilor sociale ale evenimentelor generate de aceasta și, în primul rând, a fracturilor pe os osteoporotic, mai ales în contextul creșterii duratei de vârstă a populației. Apariția unei fracturi în aceste cazuri survine la un organism deja tarat de vârstă, cu resurse limitate, adaptate la un nivel bazal. Tratamentul fracturilor, presupunând în aceste situații o intervenție chirurgicală, poate crea o situație în care riscul excede beneficiul, întrucât în absența operației apar complicațiile datorate imobilizării, iar actul anestezico-chirurgical este traumatizant la acești pacienți.

Mai mult decât atât, stabilizarea fracturilor de fragilitate presupune implanturi speciale,

costisitoare, greu accesibile, și cheltuieli de spitalizare prelungite, din cauza riscului agravării patologiei asociate, responsabilă și de prognosticul vital rezervat.

O altă situație frecvent întâlnită este cea în care osteoporoza este descoperită după prima fractură de fragilitate, caz în care instituirea tratamentului și monitorizarea eficacității acestuia sunt obligatorii. De asemenea, sunt descrise complicațiile locale ale traumatismelor care se însoțesc de osteoporoza, precum și alte implicații ale osteoporozei în patologia aparatului locomotor.

Autorii descriu, în același timp, principalele clase de substanțe utilizate pentru tratamentul osteoporozei, realizând o comparație între caracteristicile acestora, astfel încât să fie clar definit locul fiecăreia în diferitele forme patologice generate de osteoporoza. Pentru descrierea diferitelor clase, se vor folosi aceleași criterii, astfel încât să fie clar precizate avantajele și dezavantajele fiecărei categorii.

Concluzii. Costurile sociale din ce în ce mai mari ale osteoporozei obligă la identificarea precoce a acestei afecțiuni și la tratarea ei înainte de instalarea unei fracturi care să necesite un tratament chirurgical cu riscuri majore, dată fiind starea pacientului; implanturile costisitoare și durata lungă de recuperare, ca și impactul semnificativ al comorbidităților asupra evoluției pacienților reprezintă argumente convingătoare pentru a demonstra pertinent acest punct de vedere.

NOI ANTICOAGULANTE ORALE. CUM ȘI LA CE BOLNAVI LE RECOMANDĂM

Prof. Dr. Eduard Apetrei

Institutul „C.C. Iliescu”, București

Medicamentele ce influențează coagularea sanguină sunt mult folosite în practica medicală, mai ales la bolnavii cardiovasculari.

Pentru tratamentul anticoagulant de lungă durată, timp de 50 ani, antivitaminele K erau singurele utilizate până de curând. Ținând cont de faptul că acestea au unele limite, uneori greu de depășit, au apărut medicamente noi, ce intervin direct în cascada coagulării la 2 niveluri: trombina și factorul Xa.

Inhibarea directă a trombinei este obținută prin **Dabigatran** (studiul **RE-LY**: Randomised Evaluation of Longterm anticoagulant therapy). Inhibarea directă a Factorului Xa este obținută, până în acest moment, de 2 medicamente aprobate: **Rivaroxaban** (Studiul **ROCKET-AF**: Rivaroxaban

Once Daily Oral Direct Factor Xa Inhibition Compared With Vitamin K Antagonism for Prevention of Stroke and Embolism Trial in Atrial Fibrillation) și **Apixaban** (Studiul ARISTOTLE – Apixaban for Reduction of Stroke and Other Thromboembolic Events in Atrial Fibrillation). În curs de finalizare se află un nou preparat **Edoxaban** (ENGAGE AF-TIMI 48).

Care sunt avantajele acestor medicamente: risc mai mic de embolii și de hemoragii intracraniene, nu sunt influențate de alimente, mai puține interacțiuni cu alte medicamente și nu necesită control frecvent de laborator. Se va urmări funcția renală.

În acest moment anticoagulantele orale noi pot fi administrate la bolnavii cu fibrilație atrială non-valvulară.

În America au fost aprobate, deocamdată, Dabigatran și Rivaroxaban, iar în Europa a fost aprobat și Apixaban (vezi *Ghidul de tratament al fibrilației atriale*, ediția din 2012, al Societății Europene de Cardiologie).

Toți bolnavii cu fibrilație atrială trebuie tratați cu anticoagulante orale.

Bolnavii cu fibrilație atrială care sunt sub tratament cu acenocumarol sau warfarină și au un INR bine controlat (între 2-3) vor putea rămâne sub acest tratament.

La bolnavii cu INR oscilant, cu Hta severă, la cei care nu-și pot controla INR-ul se pot recomanda anticoagulantele orale noi. Probabil că, în viitor, tot mai mulți bolnavi cu fibrilație atrială vor beneficia de anticoagulantele noi.

VACCINUL GRIPAL ȘI VACCINAREA ANTIGRIPALĂ ÎN IMPAS?

Dr. Viorel Alexandrescu

INCDMI „Cantacuzino”, București

Crizele majore consumă energii, resurse materiale, iau vieți omenești, dar duc și la schimbări în reguli, regulamente, demolează dogme și, nu de puține ori, adâncesc incertitudinile și au efecte negative împotriva unor evidențe clare, verificate, inducând reticente și respingeri ale unor măsuri benefice pentru binele umanității.

Pandemia, nivel maxim în evoluția gripei, respectă, în totalitate, impactul unei crize majore, determinând, pe lângă efectele medicale (morbidity și mortalitate), efectele economice (pagube economice importante), efectele sociale (disrupția activităților comunitare) și efectele psihologice, care nu sunt întotdeauna în favoarea măsurilor de prevenire și combatere a evenimentului pandemic.

Din această cauză vaccinul pandemic așteptat ca un „salvator” în fața teribilului flagel, devine, într-o perioadă de timp relativ scurtă (6 luni), un fel de „adjuvant” cu posibile efecte benefice, iar la sfârșitul pandemiei, este considerat, în opinia unor specialiști, autorități, mass-media și, într-o proporție destul de importantă a marelui public, inutil și extrem de costisitor, chiar dăunător.

La baza acestei schimbări radicale, în percepția acțiunii benefice a vaccinului gripal pandemic, au stat mai mulți factori:

- Întârzierea în apariția vaccinului pandemic (6 luni de la debutul pandemiei)

- Disponibilitatea limitată a vaccinului în foarte multe țări

- Înregistrarea de cazuri severe și decese în perioada de gol vaccinal

- Evoluția relativ scurtă a pandemiei (2 valuri)

- Exagerarea unor reacții adverse ale vaccinului și chiar inventarea unor reacții neobișnuite

- Evoluția ușoară a majorității cazurilor, ceea ce a determinat susținerea opiniilor că nu era necesară o producție de vaccin intensivă și extensivă

- Campania mediatică agresivă împotriva vaccinului și vaccinării, care a exagerat aspectul referitor la câștigurile imense ale producătorilor în defavoarea acțiunii benefice de reducere a complicațiilor și deceselor.

La cele mai multe dintre „acuzele” adresate vaccinului pandemic și vaccinării antipandemice se poate răspunde prin realități și dovezi:

- Întârzierea în disponibilitatea vaccinului s-a datorat în principal faptului că virusul pandemic a fost virus nou care nu a putut fi previzionat. Intervalul de 6 luni a fost impus de etapele obligatorii ale fabricației și controlului. Trebuie însă menționat că prin procesul a fost finalizat cu o lună în avans față de vaccinul trivalent sezonier.

- Pentru a asigura o distribuție echitabilă la nivel global, OMS a creat un fond comun la care au participat toți producătorii, pentru ca vaccinul să ajungă și în țările neproducătoare.

- Deși s-a crezut că pandemia va avea rate mari de impact (mortalitate, morbiditate, complicații), ea a evoluat majoritar cu îmbolnăviri ușoare, pe o perioadă relativ scurtă de timp, iar decesele și complicațiile pot să apară chiar în condițiile unei acoperiri vaccinale optime. Se uită însă că gripa sezonieră determină anual cca 250.000 decese, milioane de complicații și sute de milioane de îmbolnăviri.

- Trebuie remarcat că în ultimii ani există și se menține o campanie anti față de mai multe

vaccinuri, iar vaccinul gripal nu a fost omis din aceste acțiuni dăunătoare sănătății populațiilor.

– Necunoscând impactul real al pandemiei, autoritățile de sănătate publică naționale, OMS, ECDC și alte organizații au încurajat și au recomandat o acoperire vaccinală de cel puțin de 35% din populații sau mai mult, ceea ce a dus la producerea unor cantități mari de vaccin. O altă caracteristică imprezvizibilă a vaccinului a fost că el a indus protecție optimă după o singură doză, ceea ce a determinat neutilizarea unor cantități relativ mari de vaccin în condițiile în care evoluția pandemiei a fost mai scurtă față de previziuni.

– Reacțiile adverse severe frecvente și cele neobișnuite au fost infirmate prin analiza rapoartelor de farmacovigilență naționale și ale OMS.

Un alt „ecou” al pandemiei este din păcate transferul unor controverse de la vaccinul pandemic la cel sezonier, ceea ce a determinat OMS la un interval de circa 3 ani (perioada necesară de estimări și acumulări de date) să reia consultările și estimările privind impactul gripei, performanța vaccinului gripal și siguranța acestuia și să emită recomandări autorităților de sănătate publică privind vaccinurile gripale și strategiile vaccinale.

Documentul final a fost difuzat de OMS (SAGE) la data de 12 aprilie 2012 tuturor țărilor membre ale organizației.

REZULTATELE PRIMEI ANCHETE NAȚIONALE DE EVALUARE A PREVALENȚEI BPOC ÎN ROMÂNIA LA POPULAȚIA PESTE 40 DE ANI

Prof. Dr. Florin Mihălțan¹,
Dr. Florentina Furtunescu²,
Dr. Roxana Nemeș¹, Dr. Dana Fărcășanu³,
Dr. Ioana Dărămuș³

¹Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București

²UMF „Carol Davila”, București

³Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate, București

Introducere. BPOC este o cauză importantă de mortalitate și morbiditate și în întreaga lume, afectând major calitatea vieții bolnavului și constituind o povară economică atât pentru pacient, cât și pentru sistemul de sănătate. În România prevalența BPOC nu este cunoscută și există numai unele estimări de subpopulații particulare. De asemenea, nu este cunoscut volumul serviciilor medicale furnizat pacienților cu BPOC.

Scop. Prezentul studiu este primul demers reprezentativ la nivel național care încearcă să

estimeze prevalența BPOC în populația adultă de peste 40 de ani, cu semne clinice premonitoare, utilizând inclusiv spirometria.

Material și metodă. Studiul a fost realizat în perioada iulie-august 2011 pe un eșantion probabilistic, bi-stadial, stratificat în funcție de aria culturală și de tipul localității și reprezentativ pentru populația României în vârstă de peste 40 de ani. Eroarea maximă tolerată a fost de +/- 1%, la un nivel de încredere de 95%. Au fost incluși 9.639 de subiecți, care au răspuns la un chestionar de screening cu opt întrebări referitoare la relația cu fumatul, dispnee de efort sau nocturnă, tuse cu expectorație cel puțin 3 luni pe an, 2 ani consecutiv, wheezing, sufocare, tratamente pentru problemele respiratorii și existența unui diagnostic anterior de BPOC. Subiecții care au răspuns afirmativ la cel puțin una dintre întrebările de screening au fost considerați la risc pentru BPOC. Un subgrup din acești subiecți au fost invitați să facă spirometrie.

Rezultate obținute. Dintre cei 9.639 de subiecți, 51% au răspuns afirmativ la cel puțin una dintre întrebările de screening, fiind considerați la risc pentru BPOC. Cea mai frecventă expunere a fost reprezentată de fumat (36% dintre respondenți, majoritar bărbați), un sfert dintre respondenți (26%) au declarat dispnee de efort, în ultimele 12 luni, 15% wheezing, 15% dispnee nocturnă, 13% crize de sufocare, 12% tuse și expectorație. Numai 6% au declarat că urmau un tratament pentru problemele respiratorii și 6% avuseseră un diagnostic prealabil de boală respiratorie. S-au efectuat 1.646 de spirometrii, dintre care 103 au fost invalidate. Dintre pacienții care au efectuat spirometrie, la 21% s-a evidențiat o disfuncție ventilatorie obstructivă (FEV1 ratio < 0,70). Diagnosticul de BPOC a fost evidențiat la 13% dintre cazuri (persoane fumătoare/foste fumătoare, cu disfuncție ventilatorie obstructivă). Diagnosticul a fost evidențiat într-o proporție semnificativ mai mare la bărbați (21%, față de 5% la femei, p = 0,001). S-a evidențiat, de asemenea, o prevalență mai mare a BPOC în rândul persoanelor cu nivel economic scăzut (venit net lunar < 700 lei), față de cele cu nivel economic ridicat (venit net lunar > 1.200 lei), respectiv 16% față de 12%, dar această diferență nu a fost semnificativă statistic (p = 0,148). Diagnosticul de BPOC a fost prezent la 45% dintre persoanele care acuzau dispnee de efort, la 28% dintre cele care aveau tuse, la 29% dintre persoanele care acuzaseră wheezing, la 25% dintre persoanele care acuzaseră crize de sufocare și la 24% dintre persoanele care acuzaseră dispnee nocturnă. Chestionarul de screening este un instrument eficace de identificare precoce a pa-

cienților la risc pentru BPOC, în special când aceștia acuză dispnee de efort.

Concluzii. Avem pentru prima dată dovezi evidente, fiabile legate de amploarea fenomenului BPOC și la noi în țară. Analizele ulterioare pe subeșantioane vor permite o decantare și ajustare a politicilor noastre profilactice și pe termen lung pentru diminuarea acestei afecțiuni „endemică” alimentate permanent de principalul factor de risc fumatul

Cuvinte cheie: prevalența BPOC, anchetă națională

INTRODUCTION TO EPD – ENZYME POTENTIATED DESENSITISATION

Prof. Dr. Carmelo Rizzo

Università Campus Biomedico, Roma, Italia

EPD is an efficient, safe immunotherapy for simple allergies.

For complex allergy syndromes, EPD fits a holistic approach which includes:

- Environmental modification
- Nutritional therapy
- Avoidance of dietary allergens

EPD must be compatible with optimal drug therapy.

Allergens studied: grass pollen; parietaria pollen; olive pollen; house dust.

All trials used the same polyvalent vaccine.

EPD & Resistance to Infection. EPD can produce tolerance to bacterial allergy, but does not reduce resistance to infections.

EPD exploits a natural mechanism.

During inflammation provoked by an antigen:

- Free extracellular β glucuronidase is released.
- Sugars are released from intercellular glucosaminoglycans.
- These act like 1,3 diols to activate the enzyme immunologically.
- The doses involved will usually increase immunity to the antigen.

Mixed allergens for EPD

Normal unresponsiveness to food / inhaled antigens is an active process maintained by regulatory T lymphocytes.

For EPD it is logical and natural to use mixed antigens.

Conclusion. Normal individuals can perceive most allergens. Allergy may be deletion of the cell populations which normally maintain active tolerance. These populations are often part of organ-specific lymphoid tissue (eg. Gut-associated, Nasal-associated etc.)

PREVENIREA ȘI COMBATEREA BOLILOR CRONICE ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

Prof. Dr. Eugeniu Ilicea¹, Dr. Elvira Ilicea²

¹*Universitatea „Ovidius”, Constanța*

²*Medic primar MF*

Creșterea indicatorilor de mortalitate, de morbiditate și de morbiditate cu incapacitate temporară de muncă prin boli cronice, în paralel cu scăderea duratei medii de viață și a duratei medii de viață activă impun o amplă și complexă activitate medicală preventivă la toate nivelurile sistemului sanitar național.

Integrarea activităților preventive în asistența medicală primară vizează:

- identificarea și limitarea acțiunii factorilor de risc;
- depistarea și monitorizarea epidemiologică, clinică, diagnostică și terapeutică a unor afecțiuni predispozante;
- monitorizarea bolilor cronice;
- asigurarea asistenței medicale și medico-sociale a bolnavilor cronici, într-un context instructiv-educativ-formativ și relațional-informațional specific, pentru implementarea de tehnici noi eficiente de investigație, diagnostic, terapie, recuperare și reinsertie socio-profesională finalizate cu ameliorarea indicatorilor de morbiditate și mortalitate.

VITAMINA D – REGLATOR IMUNITAR ÎN PSORIAZIS ȘI ÎN SINDROMUL METABOLIC

Asist. Univ. Dr. Ana Maria Alexandra Zotta,

Șef. Lucr. Dr. Ioana Veronica Găjdeanu

UMF „Carol Davila”, București

Aproape jumătate din populația globului are carențe de vit. D. Este singura vitamină considerată, în forma sa biologică activă, un hormon de reglare imunitar cu efecte benefice în bolile inflamatorii. Are efect asupra producerii de monocite, are efect imunoreglator prin funcțiile imunosupresive și imunostimulatoare. Vit. D reduce inflamația în bolile inflamatorii mediate de celule limfocitare T-helper tip 1: psoriazis, sindrom metabolic (diabet zaharat, HTA, obezitate, dislipidemie), boala Chron, scleroza multiplă. Prin modularea expresiei mai multor citokine, vit. D reduce inflamația. Rolul sistemic al vit. D: diabetul zaharat de tip 2 poate fi prevenit cu vit. D? Deficitul de vit. D predispune la hipertensiune arterială, AVC, atacuri de cord. Vit. D insuficientă are efecte directe și indirecte asupra secreției de insulină și asupra acțiunii insulinei.