

Conferința

Medicina de familie, piatra de temelie a medicinii moderne

Ediția a XIIa

Ediție online

Volum de rezumate

Septembrie 2021

Asociația medicilor de familie Tomis
Constanța

Universitatea Ovidius Constanța

Editura medicală Etna

Redactor: Dr. Laura Maria Condur

ISSN-L 2810 – 1332 pentru ediția online

www.etna.ro

ETNA 

Editura Etna a fost înființată în București, în anul 2001. Editura este acreditată de Colegiul Medicilor din România și de CNCSIS, din anul 2007 - poziția 241.

Editura este afiliată la Societatea Editorilor din România SER, membru fondator al Federației Editorilor și Difuzorilor de Carte din România FEDCR, și la Asociația Internațională a Editorilor IPA, cu sediul la Geneva.

Publicăm și distribuim carte medicală, în special la congrese, conferințe, dar și la Bookfest, Gaudeamus. Organizăm lansări de carte la târguri și expoziții, promovăm cărțile în revistele și ziarele de specialitate, pe site și prin campanii de informare prin e-mail sau scrisori, iintit la categoriile interesate. De exemplu o carte de anestezie generală o promovăm la medicii anesteziști din spitale, prin scrisori personalizate. Colaborăm cu mai multe librării on-line și cu depozitele de carte. Asigurăm consilierea autorului pentru alegerea formei și a prețului optim.

CUPRINS

1. Sindromul post COVID 19 - monitorizare în asistența medicală primară, Dumitru Matei, Mihaela Adela Iancu
2. Efectele cardiovasculare ale infecției cu SARS Cov-2, Camelia Diaconu
3. Vaccinarea împotriva COVID -19 – o prioritate națională în contextul actual, Sorin Rugină
4. Adulții au nevoie de vaccinare antipneumococică. Recomandări și categorii de risc. Oana Cristina Arghir
5. Monitorizarea gravidei în practica medicului de familie Mihaela Adela Iancu
6. Manifestări ORL în boala de reflux gastroesofagian, Gheorghe Comșa
7. Probioticele – aplicații clinice și noi opțiuni terapeutice, Gianina Gabriela Sotilă
8. Managementul dislipidemiilor, Amalia Thury Burileanu
9. Dispneea - provocare diagnostică în practica clinică, Doina Ecaterina Tofolean, Ionela Preotesoiu, Roxana Cîrjaliu, Ariadna Petronela Fildan
10. Managementul pacientului cu suferință hepatică cronică în cabinetul medicului de familie, Mihaela Udrescu
11. Microbiomul uman - prieten sau dușman? Dr. Liliana Elena Chițanu, Emiliană Coștiug

12. Alimentația în patologia digestivă funcțională, Luana Alexandrescu
13. Actualități terapeutice în psoriazis: anticorpii anti-interleukina 17, Emma Gheorghe
14. Rolul terapiei imuno-modulatoare în controlul activității afecțiunilor inflamatorii cronice mediate imun, Claudia Mihailov, Emma Gheorghe
15. Particularitățile tratamentului antibiotic la copil, Ileana Branză
16. Polimedicația la pacientul cu boală cronică de rinichi...și nu numai, în cabinetul MF, Liliana Ana Tuță, Andreea Grosu, Magda Predescu, Ana Maria Trandafir
17. Monitorizarea deficitului de vit. D la cabinetul medicului de familie în pandemie, studiu personal, Cristina Anca Dăscălescu
18. Consilierea psihologică a pacienților cu diabet și obezitate, Marius Adrian Dăscălescu
19. Bronsiectazia, o continua provocare în practica medicală curentă, Ion Anton Arghir, Ileana Ion, Oana Cristina Arghir
20. Boala polichistică renală - actualități și perspective, Camelia Pană
21. Factorii psihologici și riscul cardiovascular, Laura Maria Condur, Filip Berariu
22. Dermatita atopică, o afecțiune cu incidență în creștere, Cristina Mihai

23. Managementul comunicării în vaccinarea HPV-perspectiva medicului de familie, Valeria Herdea, Raluca Ghionaru, Emiliană Coștiug, Laura Comnea
24. Tripla terapie antioxidantă - o alternativă pentru pacienții cu afecțiuni hepatice cronice - Steablock, Laura Maria Condur, Brândușa Pană
25. Provocarile prevenției TVP la pacientul oncologic, Adriana Raica
26. Actualități în prescrierea compensată a Apixaban, Zitta Rozalia Popa
25. Planul de recuperare, despre evoluție și prognostic, Ioana Soare
26. Vaccinarea anti-COVID19, de la mit la adevăr, Gindrovel Dumitra, Cristina Barbu
27. O altă etapă pentru formulele de lapte: de la compoziție la funcționalitate, Cristina Mihai

Sindromul post-COVID-19 - monitorizare în asistența medicală primară

Prof. Dr. Dumitru Matei^{1,2}

Șef lucrări dr. Mihaela Adela Iancu^{1,3}

1. Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila Bucuresti
2. Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului Alessandrescu-Rusescu, Bucuresti
3. Cabinet medical individual

Mecanismele fiziopatologice ale infecției cu noul coronavirus, declarată pandemie în martie 2020, nu sunt încă cunoscute în totalitate. În practica medicului de familie privind monitorizarea evoluției bolii un rol important a fost reprezentat de identificarea factorilor de risc pentru evoluția severă în anumite cazuri.

Din punct de vedere evolutiv a fost descris la anumiți pacienți Sindromul post-COVID-19. Vorbim despre Sindromul post-COVID-19 atunci când semnele și simptomele caracteristice sunt prezente sau apar simptome noi descrise în relație cu episodul acut de boală, după 12 sau mai multe săptămâni de la debutul clinic sau primul test RT-PCR pozitiv. Studii observaționale publicate până în prezent raportează simptome persistente în mai mult de o treime din cazuri.

Probabilitatea de apariție a infecției simptomatice persistente sau a sindromului post-COVID-19 nu este corelată cu severitatea episodului acut de COVID-19.

Pacienții cu simptomatologie persistentă după episodul acut de boală vor fi evaluați clinic de către medicul de familie, în vederea stabilirii unui plan personalizat de evaluare paraclinică suplimentară, urmat de supraveghere ulterioară prin teleconsultație.

Planul de evaluare paraclinică a pacienților cu simptomatologie persistentă va fi realizat în funcție de simptomatologie, severitatea simptomelor, precum și de comorbiditățile pacientului.

Vom recomanda pacienților cu simptome cardiopulmonare efectuarea unei radiografii toracice sau examinarea toracelui prin efectuarea unui tomografii computerizate, precum și efectuarea electrocardiogramei la o lună de la debutul bolii. Investigațiile suplimentare, precum ecocardiografia, monitorizarea Holter, monitorizarea ambulatorie automată a tensiunii arteriale (MAATA) și explorarea funcției respiratorii sunt necesare doar la pacienții care prezintă simptomatologie cardio-respiratorie agravată.

Pacienții cu afectare hepatică, renală, neurologică sau/și dermatologică vor fi evaluați și monitorizați în funcție de simptomatologia prezentă în timpul episodului acut și severitatea simptomelor persistente.

Medicul de familie are un rol important în evaluarea pacienților cu simptomatologie persistentă, în monitorizarea personalizată ulterioară,

Cuvinte cheie: Covid-19, sindromul post-Covid-19, medic de familie

Efectele cardiovasculare ale infecției cu SARS-COV-2

Conf. Dr. Habil. Camelia DIACONU

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”,
Spitalul Clinic de Urgență București

COVID-19 se asociază cu o morbiditate semnificativă, afecțiunile preexistente (bolile cardiovasculare, diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, obezitatea) corelându-se cu o rată mai mare de mortalitate. Tabloul clinic al bolii este dominat de simptomatologia respiratorie, însă COVID-19 poate avea și consecințe cardiovasculare, unele cu potențial fatal. Infecția cu SARS-CoV-2 poate induce numeroase complicații cardiovasculare, ca miocardita, infarct miocardic acut, cardiomiopatie de stres, șoc cardiogen, tulburări de ritm cardiac, insuficiență cardiacă. Mecanismele exacte ale afectării miocardice nu sunt cunoscute încă, ipotezele enunțate constând în inflamația sistemică, pătrunderea directă a virusului la nivelul miocardului, hipoxia, furtuna citokinică, răspunsul imun mediat de interferon, destabilizarea plăcilor de aterom. Bolnavii cu COVID-19 se află la risc crescut pentru tromboembolism venos și stroke. La pacienții cu forme severe de COVID-19 tromboembolismul venos poate apărea în ciuda anticoagulării profilactice.

Cuvinte cheie: Covid-19, miocardită, aritmii, tromboembolism pulmonar.

Vaccinarea împotriva COVID-19 – o prioritate națională în contextul actual

Prof. dr. Sorin Rugină

De la începutul pandemiei până în prezent în România au fost confirmate peste 1,083,033 de cazuri COVID-19 și s-au înregistrat peste 34,278 de decese. Vârsta și prezența comorbidităților, cum ar fi hipertensiunea, obezitatea, boli renale și diabetul sunt asociate cu un risc crescut pentru forme severe și deces din cauza COVID-19.

Accesul echitabil **la vaccinuri sigure și eficiente** este **esențial** pentru a pune capăt pandemiei COVID-19. Eforturile pentru dezvoltarea vaccinurilor au progresat cu o viteză fără precedent în acest context pandemic. Tehnologia ARNm este caracterizată prin siguranță (moleculă neinfecțioasă, sintetizată chimic) și eficacitate (răspuns imun complex). **Nu vaccinurile vor opri pandemia, ci vaccinarea!**

Cuvinte cheie: Covid-19, pandemie, vaccin, medic de familie

Monitorizarea gravidei în practica medicului de familie

Șef Lucrări dr. Mihaela Adela Iancu

Monitorizarea gravidei de către medicul de familie reprezintă un aspect important al practicii noastre, cu implicații în creșterea și dezvoltarea viitorului copil, a femeii gravide, dar și cu răspuns socio-economic important. În sarcină se produc modificări anatomice și funcționale la nivelul tuturor organelor și sistemelor. Sarcina reprezintă prima parte a celor 1000 de zile cu importanță deosebită asupra patologiei viitorului copil. Sfaturile, intervențiile preventive acordate femeii gravide sunt însoțite de examinarea clinică și paraclinică, individualizate pentru fiecare gravidă, mai ales în perioada de pandemie. Studiile publicate arată faptul că sarcina și nașterea nu cresc, în general, riscul de infecție cu virusul SARS-CoV-2, dar favorizează evoluția severă. Medicul de familie, cel care ia în evidență gravida în primele săptămâni de sarcină, are un rol important în identificarea factorilor de risc pentru evoluția severă și monitorizarea atentă a acestor cazuri. Se recomandă consilierea individualizată a femeii gravide cu privire la riscul potențial atât pentru ea, cât și pentru nou-născut de a dezvolta infecția

cu SARS-CoV-2 precum și monitorizarea postnatală a nou-născutului și a lăuzei.

Un alt aspect important în monitorizarea gravidei este reprezentat de hipertensiunea arterială asociată sarcinii. Hipertensiunea arterială reprezintă una dintre cele mai importante cauze de morbiditate sau mortalitate, atât maternă, cât și fetală. Monitorizarea valorilor tensiunii arteriale în timpul sarcinii, dar și a impactului asupra evoluției sarcinii de către medicul de familie reprezintă una din principalele măsuri profilactice. Ultimile ghidurile abordează și intervenția și consilierea postpartum a acestor gravide privind și riscul ulterior de a dezvolta și alte complicații cardiovasculare. Medicul de familie, prin aceste intervenții, reprezintă o verigă importantă în echipa multidisciplinară de monitorizare a femeii gravide cu risc pentru HTA indusă de sarcină. Medicul de familie are un rol important în evaluarea gravidei, în diagnosticul precoce al comorbidităților. Este necesară identificarea și monitorizarea factorilor de risc pentru afectarea cardiovasculară, hepatică sau renală, a factorilor de risc pentru evoluția severă a infecției cu virusul SARS-CoV-2, în cadrul echipei multidisciplinare.

Manifestari ORL in boala de reflux gastro-esofagian

Prof. Dr. Gheorghe Ionel Comşa

Problema refluxului gastro – esofagian preocupă mai multe specialități medicale, de la medici de familie la interniști, gastroenterologi și ORL – iști .

Autorul, după precizarea contextului anatomic și fiziopatologic prezintă datele statistice ale suferinței, în context internațional.

Etiopatogenia și problemele de diagnostic și tratament se adaugă studiului clinic.

Tabloul clinic general este completat cu aspecte particulare ale suferinței din sfera ORL.

Conduita terapeutică vizează metodele de tratament medical și chirurgical, completate cu recomandări igienodietetice și ale stilului de viață.

Cuvinte cheie: reflux gastro-esofagian, gastroenterolog, ORL, tratament

Probioticele - aplicații clinice și noi opțiuni terapeutice

Dr. Sotilă Gianina Gabriela, medic primar nefrologie,
doctor in stiinte medicale

Utilizarea probioticelor a căpătat amploare în ultimii ani, odată cu creșterea consumului de antibiotice, dar și cu identificarea disbiozei asociată multor boli cronice. Sindromul de intestin iritabil, bolile inflamatorii intestinale, sindromul metabolic, boala ficatului gras non-alcoolic, alergiile sau infecțiile urinare recidivante au ca mecanism patogenic comun alterări ale compozitiei și funcției microbiotei.

Administreaerea probioticelor pe parcursul tratamentului cu antibiotic reduce considerabil riscul de diareea asociată antibioticele (DAA) și de diaree cu *Clostridium difficile*, contribuind, totodată, și la scaderea consmului de antibiotice.

În sindrom de intestin iritabil, probioticele corectează disbiozia exprimată prin diminuarea speciilor de *Lactobacillus* și *Bifidobacterium*, reduc permeabilitatea intestinală și motilitatea. În boala ficatului gras non-alcoolic, probioticele contribuie la reducerea inflamației prin acțiunea asupra axei ficat-intestin, iar în infecțiile urinare recurente, s-a dovedit că administrarea unor specii de lactobacili inhibă dezvoltarea uropatogenilor.

Cuvinte cheie: probiotice, disbioză, antibiotice, microbiotă, DAA, *Clostridium difficile*

Managementul dislipidemieii

Dr. Amalia Thury Burileanu

Centrul Medical Gama Diamed Mangalia, Cabinetul de Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice

Dislipidemia reprezintă spectrul tulburărilor fracțiunilor lipidice sanguine și este cel mai frecvent factor de risc cardiovascular dovedit, modificabil prin optimizarea stilului de viață și tratament farmacologic. Este necesară acordarea unei atenții sporite pentru prevenția primară și secundară a bolilor cardiovasculare.

Ghidul ESC recomandă efectuarea profilului lipidic prin determinarea colesterolului total, HDL-colesterolului, LDL-colesterolului, trigliceridelor și calculul non-HDL colesterolului. Diagrama SCORE încadrează pacienții în grade de risc cardiovascular pentru stabilirea obiectivelor terapeutice. Obiectivele terapeutice principale sunt LDL-colesterolul și non-HDL-colesterolul pentru pacienții cu hipertrigliceridemie, diabet zaharat sau obezitate. Nivelul ridicat al TG provoacă o creștere a lipoproteinelor remnante aterogene care sunt puternic corelate cauzal cu riscul cardiovascular.

Tratamentul dislipidemieii se inițiază cu statină urmat de asocierea cu ezetimibe sau inhibitor de PCSK9 vizând atingerea obiectivului terapeutic pentru LDL-colesterol. În dislipidemia aterogenă terapia cu statine nu elimină total riscul cardiovascular. La pacienții cu nivel al trigliceridelor peste 200 mg/dL este recomandată terapia cu

fenofibrat pentru reducerea riscului rezidual. Tratamentul asociat statină cu fenofibrat reduce semnificativ riscul de evenimente cardiovasculare majore la pacienții cu dislipidemie aterogenă în condiții de siguranță clinică. Raportul de consens al experților europeni are ca scop creșterea gradului de conștientizare a riscului rezidual asociat cu dislipidemia aterogenă și susține terapia asociată statină cu fenofibrat. Corecția terapeutică individualizată, centrată pe pacient, a dislipidemiei are un rol critic în prevenția evenimentelor cardiovasculare majore și a decesului de cauza cardiovasculară.

Cuvinte cheie: dislipidemie, profil lipidic, diagrama SCORE, tratament

Dispneea – provocare diagnostică în practica clinică

Doina Ecaterina Tofolean, Ionela Preotesoiu, Roxana Cîrjaliu, Ariadna Petronela Fildan

Dispneea reprezintă unul din principalele motive de prezentare la medic sau în serviciul de urgență. Este un simptom determinat de interacțiunea mai multor factori (fizici, sociali, psihosociali, de mediu). Dispneea poate fi raportată de pacienți ca efort respirator sau respirație inefficientă, constricție toracică, foame de aer. Mecanismul fiziopatologic de producere a dispneei este un proces complex, dar incomplet elucidat. Etiologia cuprinde o gamă largă de boli respiratorii, cardiace, metabolice, infecțioase, traumatice, hematologice, neuro-musculare sau psiho-emoționale. Un bun management al cazului necesită o abordare clinică și paraclinică atentă, pentru facilitarea triajului patologiilor cronice, acute sau urgente. Tratamentul diferă în funcție de mecanismul patologic care a dus la apariția dispneei.

Cuvinte cheie: dispnee, etiologie, tratament

Managementul pacientului cu suferință hepatică cronică în cabinetul medicului de familie

Dr. Mihaela Udrescu, medic primar MF și specialist gastroenterologie, coordonator național Grup GastRO al SNMF

Patologia hepatică este frecventă în practica medicului de familie.

Pornind de la BFGNA (boala ficatului gras non-alcoolic), patologia alcoolică a ficatului, suferințele cronice hepatice virale B/C/D, patologia toxic-medicamentoasă hepatică până la patologia autoimună, colangite sclerozante și alte cauze rare de afectare hepatică, medicul de familie necesită abilități în abordarea fiecăreia dintre ele.

Lucrarea de față își propune să prezinte algoritmi de investigație și de monitorizare a pacientului cu suferință hepatică cronică în cabinetul medicului de familie.

Cuvinte cheie: BFGNA, etiologie, tratament, medic de familie

Microbiomul uman – prieten sau dușman ?

Dr. Liliana Elena Chițanu, medic primar MF, Brăila

Dr. Emiliană Costiug, medic primar MF, Cluj

Una dintre surprizele proiectului genomului uman (PGU – 1990-2003) a fost descoperirea că genomul uman conține doar 20.000 - 25.000 gene care codifică proteine, aproximativ o cincime din numărul pe care cercetătorii se așteptau să-l găsească. Cercetarile ulterioare au descoperit un ecosistem vast, de o complexitate extraordinară, alcătuit din milioane de gene, comparativ cu genomul uman- microbiomul uman- definit ca fiind totalitatea elementelor genetice aparținând microorganismelor care colonizează organismul uman (bacterii, virusuri, fungi, protozoare), precum și interacțiunea dintre acestea. Diversitatea microbiomilor este imensă și chiar în cadrul aceluiași organism pot exista variații, în funcție de starea de sănătate, vârstă, dietă, consum de medicamente și mulți alți factori.

Microbiomul uman intervine în mecanismele fiziologice ale organismului având funcții metabolice, structurale și protective, stimulând dezvoltarea imunității, apărarea organismului de agenții patogeni, sinteza vitaminelor, digestia unor metaboliți și având totodată o influență asupra comportamentului uman.

Dezechilibrele microbiomului au consecințe negative asupra sănătății, cu rol în apariția unor boli precum alergii, eczeme, astm, obezitate, afecțiuni ale tubului digestiv, tulburări de comportament.

Intervențiile asupra microbiomului uman pot determina menținerea stării de sănătate și reducerea riscului de boală dar pot fi și o resursă terapeutică importantă, în viitorul apropiat.

Cuvinte cheie: microbiom, stare de sănătate, disbioza

Alimentația în patologia digestivă funcțională

Șef lucrări dr. Luana Alexandrescu

Sindromul de intestin iritabil reprezintă una dintre afecțiunile cel mai frecvent întâlnite de clinicieni, atât în asistența primară, cât și în cea secundară.

În ultima decadă, datorită progreselor făcute în înțelegerea patofiziologiei complexe a afecțiunii, aceasta a fost reclasificată drept o tulburare a interacțiunii intestin-creier, noțiunea de afecțiune funcțională gastrointestinală fiind depășită.

Diagnosticul pozitiv se bazează pe tabloul clinic, în absența semnelor de alarmă și a anormalităților la analizele de sânge și la testele din materiile fecale.

La prima prezentare în serviciul de asistență medicală primară, toți pacienții cu tablou clinic sugestiv trebuie evaluați prin efectuarea: hemogramei, CRP/VSH, serologia celiacă; la pacienții < 45 de ani cu diaree, calprotectina fecală poate exclude bolile inflamatorii intestinale.

Trimiterea pacienților la medicul specialist gastroenterolog este justificată atunci când există dubii în privința diagnosticului, dacă pacienții prezintă simptomatologie severă sau refractară la primele linii de tratament sau la solicitarea pacientului.

Diagnosticul, fiziopatologia, istoria naturală a afecțiunii, cât și triggerele cele mai frecvente ale simptomelor trebuie explicate pacientului, astfel fiindu-i introdus conceptul de tulburare a interacțiunii dintre creier și intestin.

Printre măsurile terapeutice de prima linie se numără efortul fizic regulat și dieta. Fibrele solubile, precum ispaghula, reprezintă un tratament eficient pentru durerea abdominală și simptomele globale din SII. Fibrele insolubile (tăratele) trebuie evitate, deoarece pot exacerba simptomele.

Dieta scăzută în oligozaharide, dizaharide, monozaharide și polioli fermentabili este recomandată ca terapie dietetică de linia a doua, fiind demonstrată eficiența sa în ceea ce privește simptomatologia.

Cu toate că înțelegerea și managementul SII au progresat, încă există numeroase aspecte necunoscute ale bolii, terapii ce trebuie explorate și arii active de cercetare.

Cuvinte cheie: intestin iritabil, etiologie, calprotectina fecală, tratament

Actualități terapeutice in psoriazis: anticorpii anti-interleukina 17

Conf. dr. Emma Gheorghe

Clinica Dermatovenerologie, SCJU Constanța

Psoriazisul este o afecțiune inflamatorie, cronică, autoimună, cu etiologie plurifactorială (determinism genetic, factori de mediu declansatori), caracterizată prin turn-over rapid al keratinocitelor și apariția de plăci eritemato-scuamoase, bine delimitate, cu localizare predilectă pe scalp și pe fețele de extensie ale membrilor (coate, genunchi), care se asociază frecvent cu afectare articulară - artrita psoriazică. În cazul pacienților care prezintă atât manifestări cutanate, cât și articulare ale bolii se folosește astăzi termenul de Boala psoriazică.

Comorbiditățile asociate sunt numeroase și includ: afectarea cardiovasculară, sindromul metabolic, anxietatea/ depresia, boala inflamatorie intestinală, uveita etc. Se consideră că apariția acestora se datorează, în mare parte, titrurilor mari ai factorilor proinflamatori, care ocupă un loc central în fiziopatologia psoriazisului.

De asemenea, psoriazisul are un impact semnificativ asupra calității vieții pacienților, iar managementul bolii are ca scop atât îmbunătățirea aspectului fizic al tegumentului, cât și a stării psiho-emotionale și sociale a pacienților.

Modalitățile de tratament în psoriazis se bazează pe mai mulți factori, și anume: gradul de severitate al bolii, comorbiditățile relevante, preferințele pacienților, eficacitatea și siguranța tratamentului, precum și pe

evaluarea răspunsului individual la tratament al fiecărui pacient în parte.

Pentru majoritatea pacienților, alegerea inițială a terapiei se va face între o terapie topică - recomandată în formele ușoare de psoriazis sau o terapie sistemică, rezervată formelor moderat-severe ale bolii.

Există multiple studii care dovedesc eficacitatea noilor terapii sistemice – terapiile biologice. Agenții biologici folosiți în tratamentul psoriazisului includ agenți anti-TNF alfa și anticorpi anti-interleukine. Dintre opțiunile terapeutice de astăzi, inhibitorii de IL-17 în psoriazis – oferă o eficacitate terapeutică foarte bună, care determină remisiunea clinică a acestei afecțiuni, oferind în același timp un profil de siguranță care este satisfăcător atât pentru medic, cât și pentru pacient, atunci când aceste terapii sunt administrate în mod corespunzător și în cazuri corect selecționate.

Cuvinte cheie: boala psoriazică, agenți anti-TNF alfa, anticorpi anti-interleukine, inhibitorii de IL-17

Rolul terapiei imuno-modulatoare in controlul afecțiunilor inflamatorii cronice mediate imun

Prof. Dr. Claudia Mihailov - Universitatea Ovidius
Constanța, Spital Clinic CF Constanța

Conf. Dr. Emma Gheorghe - Universitatea Ovidius
Constanța

Artrita reumatoidă si psoriazisul vulgar reprezintă modele fiziopatologice ale afectării inflamatorii cronice, cu origini si mecanisme autointretinute de natura imunologică. Semne si simptome specifice, in fazele initiale ale bolii, pot ghida un diagnostic prezumptiv si ulterior diagnosticul pozitiv este precizat doar printr-o evaluare de specialitate, cu efectuarea unui examen obiectiv riguros si investigatiilor paraclinice, in conformitate cu ghidurile terapeutice actuale.

In ceea ce priveste tratamentul acestor afecțiuni, gama de opțiuni actuale este foarte largă; conduita optimă pentru fiecare caz trebuie aleasă tinand cont de forma de boală, gradul de activitate al acesteia, comorbiditățile asociate si factorii de risc pentru o evoluție progresivă-distruktivă. Astfel, consultul de specialitate este important, iar decizia terapeutică trebuie stabilită de către medicul de specialitate, urmand a fi adaptată permanent in funcție de evoluția si raspunsul bolii.

Dintre opțiunile terapeutice de astăzi, două clase de imuno-modulatoare inovatoare – respectiv Inhibitorii JAK in artrita reumatoida si Inhibitorii IL-17 in psoriazis

– ofera o eficacitate terapeutică ce conduce la remisiune a clinică a acestor afecțiuni, oferind în același timp un profil de siguranță care este satisfăcător atât pentru medic cât și pentru pacient, atunci când aceste terapii sunt administrate în mod corespunzător și în cazuri corect selectate.

Cuvinte cheie: artrita reumatoidă, boala psoriazică, inflamație cronică, imunomodulatoare, agenți anti-TNF alfa, inhibitori JAK, anticorpi anti-interleukine, inhibitorii de IL-17

Particularitățile tratamentului antibiotic la copil

Dr. Brînză Ileana, medic primar MF Brăila

Tratamentul cu antibiotice, atât la adulți cât și la copii, se supune principiilor generale de recomandare și utilizare. Antibioticele se asociază doar în anumite circumstanțe clar definite iar administrarea profilactică are regulile ei.

Trecerea în revistă a acestor informații prin prisma particularităților date de starea fiziologică (gravidă/făt), de vârstă (copii) și de greutate (copii obezi) reprezintă o necesitate în contextul creșterii rezistenței la antibiotice în rândul populației.

Alegerea antibioticului potrivit afecțiunii, stabilirea dozei funcție de datele de susceptibilitate, de farmacodinamică și de răspunsul terapeutic sunt într-o continua schimbare. De aceea, ca practicieni, se impune să ținem pasul cu literatura de specialitate.

Complicațiile precoce și tardive la tratamentul inadecvat cu antibiotice reprezintă o mare provocare în relația medic de familie – pacientul copil și aparținători.

Reușita tratamentului antibiotic depinde și de comunicarea cu pacientul, de conștientizarea acestuia cu privire la mijloacelor de apărare aflate la îndemâna sa: aprofundarea cunoștințelor privind afecțiunile-țintă pentru antibiotice, evitarea recurgerii necontrolate la antimicrobiene.

Pentru a crește complianța pacientului care prezintă o boală infecțioasă este util să oferim argumente obiective, cum ar fi interpretarea valorilor proteinei C reactive în funcție de afecțiune. Furnizarea informațiilor despre simptomatologie permite pacientului să-și seteze în mod realist așteptările, astfel încât să ne asigurăm că va urma tratamentul corect și complet.

Cuvinte cheie: antibiotic, copil, complianță

Polimediția la pacientul cu boală cronică de rinichi...și nu numai, in cabinetul medicului de familie

Liliana Ana Tuță, Andreea Grosu, Magda Predescu,
Anamaria Trandafir
Universitatea Ovidius din Constanța, Facultatea de
Medicină

În ultimul deceniu, o caracteristică esențială a activității medicale cotidiene din cabinetele MF și ambulatorii este sinteza de diagnostic și tratament. Majoritatea pacienților sunt vârstnici și/sau cu multiple comorbidități și, de aceea, medicul practician este obligat să evalueze integrativ și să ierarhizeze toate afecțiunile asociate, pentru a fi capabil să elaboreze conduita terapeutică optimă, pentru a asigura complianța la tratament, cu cât mai puține efecte adverse. O situație specială o reprezintă abordarea pacientului cu Boală cronică de rinichi (BCR) și multiplele patologii asociate acesteia, în special cele cardiovasculare, gastrointestinale, respiratorii, neurologice, dar și alte situații acute (boli infecțioase, urgențe chirurgicale, etc).

În cazul pacientului vârstnic cu BCR și multiple comorbidități, cele mai frecvente situații întâlnite în practică sunt: polimediția (administrarea a ≥ 5 medicamente),

ineficiența tratamentului, supradozajul sau subdozajul, efectele adverse ale medicamentului, precum și interacțiunile medicamentoase. Pornind de la aceste constatări au fost elaborate criteriile BEERS elaborate și revizuite de Societatea Americană de Geriatrie, bazate pe consens, dar și confirmate statistic al unor asocieri medicamentoase cu risc crescut de reacții adverse, denumită medicație”potențial inadecvată”.

Este știut faptul că pacienții renali cronici au o rată crescută de spitalizare, dar și o durată prelungită de spitalizare, grevată în special de complicațiile cardiovasculare și infecțioase, costurile aferente fiind ridicate. În plus, efectele suprapuse ale polimedației conduc la rate de spitalizare de 4 ori mai mari, mai ales la pacienții vârstnici (aproximativ 17%), față de cei mai tineri (4%), de aceea este necesară cunoașterea și evitarea, pe cât posibil, a acestor situații.

Utilizarea polipragmaziei la pacienții cu vârsta mai mare de 65 de ani, cu disfuncție renală și multiple comorbidități, nu este deloc ne semnificativă, de aceea este necesară o strânsă colaborare între medical de familie și celelalte specialități, pentru managementul adecvat al acestei categorii speciale de bolnavi... și nu numai.

Monitorizarea deficitului de vitamină D la cabinetul medicului de familie în pandemie, studiu personal

Dr. Cristina Anca Dăscălescu, medic primar MF

INTRODUCERE Vitaminele (hormonul) D au ca principal rol mineralizarea armonioasă a organismului și controlul activității altor glande endocrine. În ultimul an a fost cercetat rolul imunomodulator al vitaminei D, cu acțiune directă asupra Covid -19 , de potențare a acțiunii vitaminelor C și A și prevenție a consecințelor somatice și psihice, cum ar fi depresia.

MOTIVAȚIA LUCRĂRII Izolarea fizică și mai ales cea socială, sedentarismul asociat aportului alimentar dezechilibrat conduc la o creștere alarmantă a bolilor cronice și apariția altora. Studiile științifice medicale recente demonstrează rolul vitaminei D asupra macrofagelor, prevenind furtuna citokinică. Vitamina D limitează reacția inflamatorie pulmonară, stimulând mecanismele de protecție împotriva microorganismelor patogene din tractul respirator. Este cunoscut și rolul vitaminei D în prevenția bolilor autoimune, depresie.

STUDIU PERSONAL Lucrarea prezintă cele mai importante studii medicale, protocoale și intervenții

terapeutice realizate de către medicul de familie în colaborare cu echipa multidisciplinara și psihologul clinician în tratamentul adjuvant cu vitamina D al bolii Covid și depresiei. Au fost studiați 64 de pacienți covid pozitiv pe parcursul a 2 luni de zile de iarnă, de vârste diferite, care aveau și alte comorbidități. S-a completat și un chestionar standardizat de depresie, autoadministrat, completat online.

CONCLUZII Aportul corespunzător de vitamină D din surse alimentare și/sau de sinteză, asociat medicației specifice, adaptate fiecărui pacient, contribuie în asociere cu alte terapii de stimulare a imunității, la depășirea perioadei critice și prevenirea la majoritatea pacienților a complicațiilor fizice sau emoționale.

Cuvinte cheie: intervenție terapeutică, vitamina D, imunomodulare, consult interdisciplinar.

Consilierea psihologică a pacienților cu diabet și obezitate

Marius Adrian Dăscălescu, psiholog clinician

Introducere: În prezent, prevalența îmbolnăvirii de diabet și obezitate, este în creștere. Nivelul de stres cotidian, traumele și conflictele, mâncatul compulsiv, stilul de viață haotic, sedentarismul și multe alte cauze specifice, au determinat și în țara noastră o creștere a incidenței diabetului și a obezității. În mediile medicale s-a lansat un nou termen care cuprinde ambele afecțiuni, diabezitate. Un rol în echipa multidisciplinară, alături de medicul de familie, endocrinolog, diabetolog și kinetoterapeut, îl are și psihologul clinician, în gestionarea managementului diabezității.

Cum pot fi prevenite diabetul și obezitatea?

Care sunt pașii în consilierea psihologică a pacientului cu diabezitate?

Care sunt resursele interne și externe ale pacientului pentru a ține boala sub control?

Motivația lucrării: Conștientizarea impactului emoțional în declanșarea diabetului și a obezității, de către pacienți și oferirea de argumente specifice psihologiei clinice, pentru medicii de familie.

Implicație: Consilierea psihologică a pacientului și a aparținătorilor poate oferi resurse pentru controlul,

evaluarea și respectarea medicației și a stilului de viață recomandat de către medic. Testele psihologice de personalitate, testele proiective sau specifice pot aduce în atenția echipei terapeutice noi valențe ce pot ajuta pacientul să-și gestioneze mai bine boala. Introducerea jurnalului alimentar și analiza SWOT sunt instrumente de evaluare ce pot ajuta la cuantificarea reușitelor. Managementul stresului, comunicarea eficientă în familie sau la serviciu, pot aduce beneficii pacientului.

Perspective: Colaborarea interdisciplinară dintre medicii de familie, medicii specialiști și psihologii clinicieni în managementul diabetizării sunt în beneficiul tuturor părților implicate.

Cuvinte cheie: diabet, obezitate, medic de familie, consiliere psihologică, jurnal alimentar

Bronșiectazia, o continuă provocare în practica medicală curentă

Ioan Anton Arghir^{1,2}, Ileana Ion¹, Oana Cristina Arghir¹⁻³

- 1- Facultatea de Medicină- Universitatea Ovidius din Constanța, România
- 2- Spitalul Clinic Județean de Urgență «Sf Apostol Andrei» Constanța, România
- 3- Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Constanța, România

Rezumat. Bronșiectazia, afecțiune extrem de heterogenă, cu numeroase fenotipuri morfopatologice, clinico-radiologice, microbiologice, și impact prognostic mai mult sau mai puțin rezervat, reprezintă o veritabilă provocare în practica medicală curentă. Din anul 1819, când Laennec a descoperit bronșiectaziile, la asocierea cu TB și, mai ales, cu sindroamele postTB bronșiectatice, la overlap-ul cu astmul și BPOC, și până la pandemia COVID-19, de la aspectele anatomopatologice descrise de Reid și până la fenotipurile imagistice actuale, această afecțiune și-a demonstrat versatilitatea de expresie și capcanele diagnostice. Prezentarea face o trecere în revistă a particularităților de expresie a acestei entități diagnostice.

Cuvinte cheie: bronsiectazie, TBC, astm, BPOC

Boala polichistică renală - actualități și perspective

Șef de lucrări dr. Pană Camelia, Universitatea Ovidius

Boala polichistică renală se poate manifesta clinic în diferite etape ale vieții și afectează ambii rinichi. Bolile renale chistice cuprind un grup heterogen de anomalii dobândite sau ereditare, caracterizate prin prezența unui număr variabil de chisturi, de dimensiuni diferite ce se diferențiază între ele prin criterii genetice, anatomice și imagistice.

Boala polichistică renală autozomal dominantă (BPRAD), este una dintre cele mai frecvente boli ereditare (1:500 – 1:1000 locuitori) (1) și se caracterizează printr-o afectare multisistemică, manifestată clinic, de obicei la vârsta adultă, prin dezvoltarea de chisturi multiple, ce afectează ambii rinichi. Polichistoza renală bilaterală este obligatorie pentru diagnostic, iar manifestările extrarenale sunt variabile, întâlnite cel mai frecvent la nivel hepatic și cardio-vascular.

Simptomatologia este în general săracă și nespecifică: formațiuni tumorale palpabile în abdomen sau lojile renale, colici nefretice sau lombalgii surde, cvasipermanente, episoade de hematurie macroscopică, litiază renală, infecții urinare, hipertensiune arterială. În 50% din cazuri boala progresează către insuficiență renală cronică terminală în jurul vârstei de 55 ani, acești bolnavi având nevoie de terapie de substituție renală prin dializă sau transplant renal (2). BPRAD fiind responsabilă pentru

aproximativ 10-12% din cazurile care intră în program de dializă cronică.

Boala polichistică renală autozomal recesivă (ARPKD) cea mai comună formă de boală chistică renală întâlnită încă de la vârsta de nou născut sau de copil mic, mai puțin frecventă la vârsta adultă. Afectare hepatică se întâlnește în toate cazurile și constă în fibroza periportală, și ectazie a ductelor biliare. În timp se realizează fibroza hepatică și hipertensiunea portală. Insuficiența renală reprezintă o complicație majoră, iar stadiul terminal survine în jurul vârstei de 15 ani. Și această formă recesivă este moștenită, însă ambii părinți trebuie să fie purtători ai genei mutante. O altă categorie de boli polichistice renale este reprezentată de **boala polichistică renală dobândită (ACKD)** care nu are transmitere genetică și apare pe parcursul vieții, ca urmare a unor procese patologice variate: inflamație cronică, retractilă, necroză, neoplazii, hematoame intrarenale.

Diagnosticul diferențial al bolilor polichistice renale este necesar pentru sfatul genetic, urmărirea evoluției și tratamentul complicațiilor, colaborarea medicului de familie cu medicul nefrolog și nefrolog pediatru fiind esențială.

Bibliografie

1. Covic A., Covic M., Segall L., Gusbeth-Tatomir P. Manual de Nefrologie, Editura Polirom, Iasi, 2007
2. Liliana Ana Tuță. Actualități în boala polichistică renală autozomal dominantă Editura Etna, București, 2017

Corelația dintre stresul psihologic și biomarkerii de prognostic în boala cardiovasculară

Dr. Laura Maria Condur, șef de lucrări Universitatea Ovidius, Constanta, medic specialist geriatrie gerontologie, medic primar medicina de familie

Stud. Filip Berariu

Introducere. Creșterea alarmantă a incidenței BCV în întreaga lume ridică un semnal de alarmă la nivel mondial. Depistarea precoce și la timp a unor “noi” factori de risc se constituie ca un nou palier de abordare integrată a prevenției cardiovasculare. În ultimii ani exista tot mai multe date care evidențiază o relație între anumiți factori psihologici, HTA și riscul cardiovascular. Stresul psihic, alături de depresie, anxietate sau tipul de personalitate sunt tot mai mult luați în discuție în ceea ce privește influența asupra riscului cardiovascular. Este cunoscut faptul că stresul psihic poate influența valorile tensiunii arteriale ca urmare a stimulării activității simpatico-adrenergice secundare, valorile crescute ale acestora având rol determinant în accelerarea procesului de ateroscleroză, creșterea riscului cardiovascular și apariția evenimentelor acute cardiovasculare. Inflamația cronică, exprimată prin valori crescute ale proteinei C reactive înalt sensibile, fibrinogenului și Interleukinei G, disfuncția parchetară și disfuncția autonomă care are ca rezultat reducerea variabilității cardiace ca urmare a unei activități vagale diminuate și/ sau activității simpatică crescute ar putea explica legătura între stres și bolile cardiovasculare. Scopul lucrării este de a evalua relația dintre nivelul de

stres și riscul cardiovascular, apreciat în special prin dozarea hsCRP.

Material și metoda. Studiu observațional, prospectiv, pe un lot de 316 pacienți, cu durata de 5 ani. Pacienți cu vârsta între 35-65 ani, cu HTA esențială confirmată, care au fost monitorizați anual. Parametrii urmăriți au fost reprezentați de datele demografice, valorile TA, indici antropometrici, metabolism glucidic, lipidic, funcția renală, fibrinogen, proteina C reactiva înalt sensibilă (hsCRP), vitamina D (25-hidroxi), ionograma serică, EKG, Examen Fund de ochi și nivelul de stres (prin aplicarea unui chestionar standardizat).

Rezultate. Cei mai mulți pacienți au un nivel de stres ridicat (51%). Am constatat o pondere de două ori mai mare a femeilor cu un nivel de stres exagerat decât a bărbaților (20,11% versus 12,2%, ns). Mediul de proveniență este important pentru nivelul de stres (mediul urban>mediul rural). Vârsta activă prezintă un nivel de risc mai ridicat. Nivelul de pregătire este în relație direct proporțională cu nivelul de stres. Relația nivel de stres – risc cardiovascular prin măsurarea hsCRP.

Concluzii. O persoană cu vârsta cuprinsă între 40-60 ani, din mediul urban, cu un nivel de pregătire superior, activa profesional și cu un nivel de stres ridicat ar putea fi profilul caracteristic al unui pacient cu risc cardiovascular crescut, care, evaluat complet, corect și precoce ar putea beneficia de o prevenție cardiovasculară eficientă.

Cuvinte cheie: stress, risc cardiovascular, inflamație cronică, hsCRP.

Dermatita atopică, o afecțiune cu incidență în creștere

Conf. Dr. Cristina Mihai

Dermatita atopică este o afecțiune cronică a pielii care implică erupții și prurit. Condiția se datorează unei reacții cutanate de hipersensibilitate, asemănătoare cu o alergie. Poate fi cauzată și de defecte ale anumitor proteine de pe suprafața pielii. Acest lucru duce la inflamarea continuă a tegumentelor.

Dermatita atopică este cel mai frecvent întâlnită la sugari și copii. Poate începe încă de la vârsta de 2 până la 6 luni.

Această afecțiune poate fi dificil de controlat la copii, deci îngrijirea zilnică a pielii este importantă pentru a preveni apariția erupțiilor și pentru a împiedica inflamația tegumentelor.

Gama Relizema ne oferă soluții terapeutice atât pentru curățarea și îngrijirea zilnică a tegumentelor, cât și pentru tratamentul simptomatic al dermatitei și eritemului.

Cuvinte cheie: dermatita atopică, inflamație, copil, tratament

Managementul comunicării în vaccinarea HPV- perspectiva medicului de familie

Herdea Valeria [1], Ghionaru Raluca [2], Emiliană Costiug [3], Laura Comnea [4]

1-4- medicină de familie, 1, 2, 4- București, 3- Cluj-Napoca

Afilieră: Asociația Română pentru Educație Pediatrică în Medicină de Familie (AREPMF)

În 2018- conform Centrului de Control al Bolilor Transmisibile al Statelor Unite, au fost înregistrate 43 milioane de cazuri de infecție provocate de HPV la nivel global. Organizația Mondială a Sănătății, în 2018, identifica peste 100 tulpini HPV, 14 fiind înalt oncogene. Tulpinile 16-18 rămân responsabile de producerea a peste 70% dintre cancerurile de col. La nivel global 2018 a adus 570.000 de noi îmbolnăviri de cancer de col uterin dintre care peste 50% cazuri nu au putut fi salvate. În România se pierd mult peste 55% dintre cazurile de cancer de col uterin diagnosticate anual. Nu există un tratament etiologic al bolii.

Vaccinarea rămâne singură intervenție cost-eficientă, dovedită științific pentru a preveni formele severe de boală. Vaccinarea se poate efectua între 9(11)- 45 de ani.

Lucrarea prezintă rezultatele cercetărilor efectuate de către Grupul de lucru „Vaccine Advocacy”, în intervalul 2018-2021 având ca grupuri țintă: părinți, adolescenți, profesioniști în domeniul medical [HCPs], decidenți.

Concluzii

1. Infecția indusă de HPV reprezintă o problema majoră de sănătate publică.
2. Ridicarea gradului de conștientizare în rândul populației generale, HCPs, decidenților și al Media, asupra riscului de boală indusă de HPV și asupra modalităților eficiente de prevenție a acestei infecții rămân prioritare pentru agenda oricărui medic.
3. Vaccinarea extinsă pe parcursul vieții 9(11)- 45 de ani + screening-ul pentru cancer de col uterin+ educația pentru sănătate= ecuația de aur pentru a putea eradica această afecțiune.

Cuvinte cheie: HPV, vaccin, management, comunicare

Tripla terapie antioxidantă, o alternativă pentru pacienții cu afecțiuni hepatice cronice - Steablock.

Șef Lucrări dr.Laura Maria Condur, dr. Brândușa Pană

Bolile hepatice cronice, incluzând patologia hepatică alcool-indusă, hepatitele cronice virale (B și C), hepatopatiile autoimune și metabolice, reprezintă o cauză importantă de morbiditate și mortalitate la nivel global. De aceea, se fac tot mai multe studii care au ca scop găsirea a noi soluții pentru a preveni și trata aceste patologii.

Studiul pe care îl aducem în discuție este studiul Steablock, desfășurat pe parcursul a 2 ani și care a înrolat 1718 pacienți din România cu afecțiuni hepatice cronice, pacienți care au urmat timp de 6 luni o cură cu Steablock. Pacienții au fost monitorizați de 145 medici specialiști. Rezultatele studiului au arătat că formula Steablock a contribuit la remiterea steatozei hepatice la 1 din 10 pacienți și a redus gradul steatozei hepatice la 6 din 10 pacienți, în timpul celor 6 luni de administrare. De asemenea, valorile transaminazelor s-au normalizat sau au avut reduceri importante la 9 din 10 pacienți cu valori peste 80 U/L, iar 1 din 4 pacienți care la începutul studiului au avut un nivel crescut al trigliceridelor (peste 200 mg/dl), au revenit la un nivel optim (sub 150 mg/dl) la finalul studiului. La un an de la finalizarea studiului, acesta a fost publicat și listat de prestigioasa enciclopedie medicală Pub Med.

Cuvinte cheie: bolile hepatice cronice Steablock

Provocarile prevenției TVP la pacientul oncologic

Dr. Raica Adriana, medic primar cardiologie, doctor in științe medicale

O tema extrem de actuală la acest moment este despre provocarile prevenției evenimentelor tromboembolice la pacientul oncologic; vom aborda contextul acestei patologii, prin exemplificarea riscului crescut de TVP la pacienții cu afecțiuni oncologice, morbiditatea și mortalitatea la acest tip de pacient, vom evidenția pe scurt datele existente din studii pentru acest tip de pacient, vom aborda recomandările de ghid, iar în final vom prezenta studiul Caravaggio, în care se aduc dovezi care susțin folosirea Apixaban în prevenția TVP la pacientul oncologic și în special la pacientul cu cancer gastro-intestinal.

Cuvinte cheie: TVP, hemoragie GI, Apixaban

Actualități în prescrierea compensată a Apixaban

Dr. Popa Zitta Rozalia, medic primar MF

În prezentare vom aduce în atenția participanților ultimele recomandări ale CNAS în ceea ce privește prescrierea Apixaban pe rețeta tip cost-volum pentru FiA/TVP pentru diverse categorii de pacienți: asigurat/neasigurat.

Cuvinte cheie: Apixaban, compensare, FiA, TVP

Planul de recuperare, despre evolutie si prognostic

Dr. Ioana Soare, medic primar expertiză medicală, doctor in stiințe medicale, șef de lucrări Universitatea Titu Maiorescu Bucuresti

In domeniul expertizei medicale, planul de recuperare a fost introdus prin legea 19/2000, eșalonat pe acțiuni și perioade de timp, pe durata pensiei de invaliditate.

Inca din 2000, planul de recuperare era prevăzut și pentru pacienții cu concediu medical mai mare de 90 zile, dar această prevedere nu s-a pus in aplicare până in prezent.

Programul de recuperare este individualizat si nu poate fi refuzat de catre pacient. El conține:

- a) recomandări medicale terapeutice și unitățile sanitare care le efectuează;
- b) măsuri ortopedico-chirurgicale reparatorii, cu precizarea unității medicale ce le va efectua și durata de aplicare;
- c) proceduri fizio-kineto-balneo-ergo-terapeutice, cu indicarea etapelor, duratei și a unităților unde se aplică tratamentele respective;
- d) protezare (unitățile indicate pentru confecționarea protezelor, ortezelor etc.)
- e) recomandări de pe biletul de iesire din spital.

Pentru pensionarii de invaliditate contravaloarea biletelor de tratament balnear se suportă integral din bugetul de asigurări sociale, pe baza planului de recuperare intocmit de catre medicul expert al asigurarilor sociale, conform

legii 263/2010, art. 122, alin. 2 a). Si celelalte persoane asigurate au dreptul la bilet la tratament balnear, cu coplata, conform legii 263/2010, art. 123, alin. 1.

Poate fi acuzat un medic de malpraxis daca nu completează planul de recuperare? Da, pentru că acesta este legiferat. In curand vom vedea acest plan la orice fisă medicală, nu numai la pacienții care cer concediu medical.

De exemplu, un pacient hipertensiv, căruia i s-a recomandat un tratament, trebuie chemat la o săptămână, o lună, 3 luni pentru reglarea tratamentului si ajustarea lui conform condițiilor climatice (vara 30 grade, nu se indică vasodilatatoare sau blocante de canale de calciu) sau comorbidităților (de exemplu la diabetici nu se indică betablocante, diuretice, intrucat cresc glicemia). Daca pacientul face un infarct miocardic sau accident cerebral in primul an de tratament, si declară că a luat medicația indicată, se consideră ca HTA nu a fost tratată corespunzator.

Evoluția si prognosticul afecțiunilor la fiecare pacient au importanță foarte mare in stabilirea conduitei terapeutice. Pe baza studiilor statistice s-au stabilit tabele cu clase de risc (ca in HTA, DZ, unele tipuri de cancer, etc). Acestea trebuie consultate și luate in considerație in intocmirea planului de recuperare.

In evolutie, un mare rol il au factorii sociali - orice pacient de gen feminine peste 50 de ani, singur, cu venituri mici, cu educatie putina si cu domiciliul in mediul rural va avea un prognostic prost si va necesita o atentie suplimentara si controale mai dese.

Vaccinarea anti-COVID19, de la mit la adevăr

Gindrovel Dumitra*, Cristina Barbu*

***Grupul de Vaccinologie al SNMF**

Background: În România, campania de vaccinare anti COVID19 a depășit cifra de 5 milioane de persoane vaccinate cu cel puțin o doză în condițiile în care ținta asumată de autorități era de peste 50% din populație să fie vaccinată până la 01.09.2021. Cabinetele medicilor de familie sunt incluse în strategia de vaccinare ca și centre de vaccinare. Rolul medicilor de familie este esențial, atât în consilierea populației în vederea vaccinării cât și în administrarea vaccinului, în centre de vaccinare sau cabinetele de medicină de familie.

Material și Metodă: Am efectuat o analiză a datelor disponibile în literatură privind vaccinurile dezvoltate la nivel mondial, a celor aprobate de organismele de reglementare europene. Am identificat informațiile false, miturile legate de vaccinarea anti-COVID19 pentru a putea fi demontate.

Rezultate și discuții: În acest moment, în România, sunt aprobate 4 vaccinuri. 2 folosesc tehnologia ARNm iar două pe cea a vectorului viral. Ambele, sunt mecanisme inovatoare în vaccinologie, fapt care a facilitat apariția unor informații false, mituri vechi sau noi, care trebuie demontate în mod științific.

Concluzii: Vaccinarea împotriva COVID19 reprezintă cea mai bună soluție pentru a obține imunitatea colectivă iar acceptarea vaccinării de către populația generală ține

foarte mult de nivelul de încredere în vaccinuri, în general, dar și în noile vaccinuri COVID19. Medicii de familie joacă un rol foarte important în consilierea persoanelor în vederea vaccinării dar și vaccinarea propriu-zisă. Pentru acest lucru, este necesar ca echipa cabinetului să cunoască răspunsurile la cele mai frecvente mituri care sunt invocate de persoane în cadrul procesului de informare și consiliere.

Cuvinte cheie: Covid-19, vaccin, ARNm

O altă etapă pentru formulele de lapte: de la compoziție la funcționalitate

Conf. Dr. Cristina Mihai

Laptele matern este un uimitor complex fluid, viu cu o matrice nutrițională extrem de diversă, cu multe componente bioactive (S. Salminen et al., 2000). Alăptarea se corelează cu multe beneficii atât pentru mamă cât și pentru sugar. Printre acestea se numără: creșterea și dezvoltarea normală (C.E. Anderson et al., *J. Epidemiol. Community Health*, 2020), reducerea infecțiilor (C.G. Victora et al., *Lancet*; 2016, 387, 475–490.) și dezvoltarea creierului (B.L. Horta et al., *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care* 2018, 21, 174–178.).

Laptele matern conține peste 200 de tipuri diferite de oligozaharide (M.R. Ninonuevo et al., *J. Agric. Food Chem.* 2006, 54, 7471–7480, S. Thurl et al., *Nutr. Rev.* 2017, 75, 920–933). Acțiunea lor este sinergetică și îndeplinesc roluri complexe la sugar în dezvoltarea microbiotei intestinale, sistemului imunitar și a creierului (L. Bode, *Early Hum. Dev.* 2015, 91, 619–622; E. Jantscher-Krenn et al., *Minerva Pediatr.* 2012, 64, 83–99; B. Hegar et al., *Pediatr. Gastroenterol. Hepatol. Nutr.* 2019, 22, 330–340.). Atunci când alăptarea nu este posibilă, cea mai potrivită alternativă este o formulă de lapte de început, cu scopul de a oferi suport nutrițional și funcțional cât mai apropiat de cel oferit de laptele matern. Considerând oferta atât de variată existentă pe piață, care sunt criteriile pe care le folosim atunci când alegem o formulă de lapte? Se susținea încă din 2005 ca laptele matern oferă ghidaj pentru compoziția unei formule de început, dar aceasta trebuie evaluată în studii clinice prin

comparația cu un grup control, reprezentat de sugari alimentați cu o formulă de lapte standard și un grup de referință reprezentat de sugari alăptați (B. Koletzko et al. JPGN 2005; 41: 584-599).

Studiile clinice au arătat că suplimentarea unei formule de început cu o combinație prebiotică de galactooligozaharide cu lanț scurt (scGOS) și fructooligozaharide cu lanț lung (lcFOS) în proporție de 9:1, proporție care mimează distribuția structurală a oligozaharidelor din laptele matern, asigură o compoziție și o activitate a microbiotei similară cu cea a sugarilor alăptați (J. Knol et al., J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2005, 40, 36–42; P.A. Scholtens et al., World J. Gastroenterol. 2014, 20, 13446–13452.). Formula de lapte cu această combinație a fost asociată și cu reducerea numărului de infecții, mai puține episoade de febră și a antibioterapiei (S. Arslanoglu et al. J. Nutr. 2007, 137, 2420–2424.). De asemenea și adăugarea unei oligozaharide identice ca și structură cu cea din laptele matern, 2'-FL într-o formulă de lapte de început a avut drept rezultat reducerea markerilor inflamatori (K.C. Goehring et al., J. Nutr. 2016, 146, 2559–2566.) și mai puține cazuri de bronșită și infecții de tract respirator, cazuri raportate de părinți (G. Puccio et al.; J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2017, 64, 624–631.).

Într-un studiu dublu-orb, randomizat, controlat, recent publicat, ce a inclus 215 sugari alimentați exclusiv cu formulă de lapte cu vârsta de ≤ 14 zile, urmăriți până la săptămâna 17, cu un grup de referință reprezentat de sugari alăptați (n=61) s-a demonstrat că formula de început cu postbiotice (3'-GL), 0,8 g/100 ml oligozaharide specifice (scGOS/lcFOS), 0,1 g/100 ml 2'-FL și grăsimi din lapte susține creșterea și dezvoltarea normală a sugarilor sănătoși, la termen, fiind sigură și bine tolerată (Y. Vandenplas et al, Nutrients, 2010).