



# MEDICAL MARKET

## Medicina Familiei

Revista profesioniștilor din Sănătate

2022 - 2023



**Dr. Sandra Adalgiza Alexiu**

Președinte AMF-B



**Dr. Daciana Toma**

Medic primar medicină de familie,  
Coordonator al Grupului de Diabet al  
SNMF, coordonator medical  
în proiectul ROCCAS II



**Dr. Mihaela Udrescu**

Medic primar MF, Medic  
specialist gastroenterologie,  
Coordonator național grup  
de lucru Gastro al SNMF



**Prof. Dr. Gabriela Radulian**

UMF „Carol Davila”  
Președinte Societatea Română  
de Neuropatie Diabetică



**Prof. Dr. Florin Mihăițan**

UMF „Carol Davila”  
Institutul de Pneumologie  
Marius Nasta



**Prof. Dr. Simona-Roxana Georgescu**

Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și  
Tropicale „Dr. Victor Babeș” București,  
UMF „Carol Davila” București



**Dr. Rozeta Drăghici**

CS II Psiholog pr. PhD – Institutul  
Național de Gerontologie și Geriatrie  
„Ana Aslan”, Președinte ARPC



**Dr. Miorița Toader**

Medic primar ORL,  
Dr. în științe medicale, Spitalul  
Clinic de Urgență Pentru Copii  
„Grigore Alexandrescu” București

**Gama Lipozomal Hypernatura®**

Tehnologie lipozomală complet naturală cu absorbție intestinală și celulară până la 99%

Detalii la pag. 47

LIPOZOMAL 100% NATURAL



Ser Fiziologic  
**DELPHI-MER<sup>®</sup>**  
Respirație fără complicație

40 x 5ml  
10x10 conservanță.

- Soluție salină izotonică (0,90% clorură de sodiu).
- Conține macrodosare reziglobinice.
- Asiguranță igienă nazală.
- Soluție sterilă / se poate folosi în afecțiuni oculare sau pe rănii deschise.

Soluție Hipertonă  
**DELPHI-MER<sup>®</sup> HA**  
Respirație fără complicație

30 x 5ml  
10x10 conservanță.

- Soluție salină hipertonică.
- Formulă îmbunătățită cu acid hialuronic.
- Singura formulă din România cu 7% clorură de sodiu.
- Terapie prin inhalare a afecțiunilor căilor respiratorii.



NOU

**SUVEZEN**

Rosuvastatină 40mg + Ezetimib 10mg

**ACUM ȘI COMPENSATI!**

Coplați pacient 34,80 lei/l lună

# SUVEZEN 40 MG/10 MG COMBINAȚIA ÎN DOZĂ FIXĂ DE ROSUVASTATINĂ 40 MG ȘI EZETIMIB 10 MG DISPONIBILĂ ÎN ROMÂNIA<sup>1,2</sup>

- Ezetimib 10 mg adăugat la rosuvastatină 40 mg demonstrează o eficacitate ridicată în atingerea obiectivelor pentru valorile LDL-C la pacienți necontrolați, fără agravarea reacțiilor adverse<sup>1</sup>
- Combinație în doză fixă de dimensiuni mici, ușor de înghițit, concepută pentru a ajuta la îmbunătățirea aderenței pacientului la tratament<sup>2</sup>

**SUVEZEN** - combinația într-un singur comprimat disponibilă în trei concentrații<sup>3</sup>



Pentru informații complete, vizitați site-ul [www.ro.abbvie.com](http://www.ro.abbvie.com)

Acest material promțional este destinat exclusiv distribuitorilor din România.

© 2014 Abbott Laboratories. Toate drepturile rezervate. Este un produs Abbott Laboratories.

Abbott Laboratories este o companie care dezvoltă și distribuie produse farmaceutice și dispozitive medicale în peste 120 de țări din întreaga lume. Pentru mai multe informații despre produsele noastre, vizitați [www.ro.abbvie.com](http://www.ro.abbvie.com). Pentru mai multe informații despre serviciile noastre, vizitați [www.abbvie.com](http://www.abbvie.com). Pentru mai multe informații despre activitățile noastre de cercetare și dezvoltare, vizitați [www.abbvie.com](http://www.abbvie.com). Pentru mai multe informații despre activitățile noastre de marketing și vânzări, vizitați [www.abbvie.com](http://www.abbvie.com).

**ABBVIE**

Excellence in Science

Dr. Ștefan Bărbulescu nr. 4, Clădirea B, Calea Poni 8-9, Sector 2, București

București, România


tel: (+40) 0211 3131 3131, e-mail: [abbvie.ro@abbvie.com](mailto:abbvie.ro@abbvie.com)

ABBVIE ROMANIA



**Prof. Univ. Dr. Mircea Diculescu**

Şef. Clinică Gastroenterologie II,  
Institutul Clinic Fundeni, Bucureşti



**Şef de lucrări Dr. Mircea Tampa**

Spitalul Clinic de Boli Infecţioase și Tropicale "Dr. Victor Babeş" Bucureşti, UMF "Carol Davila" Bucureşti




**Dr. Ramaşcanu Elena-Ana**

Spitalul Clinic de Boli Infecţioase și Tropicale "Dr. Victor Babeş" Bucureşti, UMF "Carol Davila" Bucureşti




**Asist. Univ. Dr. Cosmin Ciora**

Medic primar gastroenterologie,  
Spitalul Clinic Fundeni



**Dr. Irina Velcea**

Medic primar oftalmolog Clinica Oftapro, Bucureşti



**Prof. Habil. Dr. Gabriela Corina Zaharie**

Şef Disciplina Neonatologie UMF Iuliu Haţieganu Cluj,  
Şef Secţie Neonatologie I, SCJU Cluj  
Medic Primar Pediatrie și Neonatologie  
Vicepreşedinte Asociația de Neonatologie



**Prof. Univ. Dr. Adriana Stănilă**

Preşedintele Societății de Lentile de Contact  
și Suprafață Oculară



Consultant medical: Dr. Aurora Bulbuc, medic primar Medicină de familie  
**Editor**  
Calea Rahovei, nr. 266-268,  
Sector 5, Bucureşti,  
Electromagnetica Business Park,  
Corp 01, et. 1, cam. 4  
Tel: 021.321.61.23  
e-mail: redactie@finwatch.ro ISSN 2286 - 3443



Poziționarea terapilor multimodale în afecțiunile gastro-intestinale <b>Prof. Univ. Dr. Mircea Diculescu</b>	6
„Conferința noastră ne obligă an de an nu doar la stabilitate, dar și la o permanentă luptă de autodepășire” <b>Dr. Sandra Adalgiza Alexiu, Președinte AMF-B</b>	8
Întrebări și răspunsuri despre alăptare și infecția SARS-CoV-2 <b>Prof. Habil. Dr. Gabriela Corina Zaharie</b>	14
Somnul și rolul său legat de greutatea corporală și nu numai <b>Prof. Dr. Florin Mihălțan</b>	20
Nistagmusul congenital <b>Dr. Irina Velcea</b>	24
Conjunctivita în pandemia COVID-19 <b>Prof. Univ. Dr. Adriana Stănilă</b>	26
Suicidul la vârstnici – factori de risc și factori protectivi <b>Dr. Rozeta Drăghici</b>	28
Lactoferina ca potențial tratament preventiv și adjuvant pentru COVID-19 <b>Raymond Ghang, Tzi Bun Nzi, Wei-Zen Sun</b>	34
Neuropatia în prediabet <b>Prof. Dr. Gabriela Radulian, Drd. Claudia Sivu</b>	40
Screening-ul pentru cancerul colorectal – de la vorbe la fapte <b>Dr. Daciana Toma</b>	42
Hepatita virală C o poveste de succes Testează-Tratează-Vindecă-Monitorizează! <b>Dr. Mihaela Udrescu</b>	44
Constipația cronică <b>Asist. Univ. Dr. Cosmin Ciora</b>	50
Vitamina D și rolul acesteia în organism <b>Şef lucrări Dr. Monica Popescu</b>	54
Un trio imbatabil pentru sănătatea întregii familii	55
Stomatita aftoasă recurentă <b>Dr. Miorița Toader</b>	60
Pitiriazisul versicolor și alte infecții fungice <b>Dr. Ramaşcanu Elena-Ana, Dr. Mircea Tampa</b> <b>Prof. Dr. Georgescu Simona-Roxana</b>	64
Diagnosticul precoce al diabetului zaharat tip 2 (DZ) în cabinetul medicului de familie – între recomandările ghidurilor, prevederile legislative (actuale și cele din proiect) și realitate <b>Dr. Daciana Toma</b>	68



# A avut un infarct miocardic în antecedente și nu se află la valoarea țintă a LDL-C



La pacienții cu un eveniment CV în antecedente care au nevoie de reducere suplimentară a LDL-C PRALUENT oferă o reducere rapidă și sustenabilă a acestuia (54,7% reducere medie a LDL-C la 4 ani) și reduce semnificativ riscul de MACE

PRALUENT este singurul IPCSKR în cazul căruia a fost observată o reducere a mortalității de toate cauzele într-un studiu clinic cu rezultate CV<sup>1,2</sup>



1. JAMA. 2018;319(12):1307-1315. doi:10.1001/jama.2018.1012. PMID: 30083121  
 2. Eur Heart J. 2018;39(12):2975-2983. doi:10.1093/eurheartj/ehy111. PMID: 29711111



# Poziționarea terapiilor multimodale în afecțiunile gastro-intestinale

## Positioning of multimodal therapies in gastrointestinal disorders

De mii de ani omenirea caută «panaceea», leacul universal. Din ce știu, acesta încă nu a fost găsit dar secolul 21 este momentul de cotitură în dezvoltarea terapiilor țintite, fie cu anticorpi monoclonali specifici, fie cu blocanți selectivi de molecule receptor.



Prof. Univ.  
Dr. Mircea Diclescu

Șef. Clinică Gastroenterologie II,  
Institutul Clinic Fundeni, București

**S**oluția terapeutică pe bază de blocanți selectivi poate fi extrem de eficientă, însă prezintă un dezavantaj major: necesită un diagnostic de mare acuratețe și este adecvat unei afecțiuni cu mecanism patogenetic bine definit, cu verigi unice de acțiune terapeutică.

Se pune întrebarea: cum acționăm în patologii foarte răspândite, cu incidența în continuă creștere, cu mecanisme patologice multiple, complementare sau intricate și care afectează mai multe organe ale aceluiași sistem?

Patologia funcțională digestivă este exemplul cel mai interesant. Mecanismele sunt extrem de complexe, de la afectarea senzorială la cea motorie, trecând prin procese inflamatorii minimale și/sau induse de disbioză, cu relații imunologice și de transmisie neuroendocrină complexe.

În practica zilnică, criteriile ghidurilor ROMA, mai vechi sau mai noi, privind împărțirea «anatomica» a patologiei funcționale (esofagiene, gastrice, intestinale) nu sunt respectate atunci când întâlnim intricări și combinații diverse. Constatăm mereu că revenim la dilema terapeutică și la necesitatea unor terapii multi-țintă.

Majoritatea medicilor care tratează patologia funcțională digestivă, fie că sunt gastroenterologi sau medici de familie, întâlnesc asocierea bolii de reflux gastroesofagian (nonerozivă) cu dispepsia funcțională și/sau cu sindromul de intestin iritabil.

Proiectând medicina tradițională, în care practica a sugerat efecte terapeutice ale unor extracte naturale din plante, asu-

pra medicinei actuale bazată pe dovezi științifice, voi argumenta în cele ce urmează eficacitatea unui medicament pe baza de plante medicinale în astfel de patologii.

Ca exemplu, mă refer la un produs folosit de peste 60 de ani în medicina alopată în lume, pornit de la constatări practice dar ajungând la dovezi științifice ale mecanismelor de acțiune în patologia funcțională digestivă.

Iberogast (STW 5) este un medicament OTC, o combinație de 9 plante medicinale de cultură controlată. În procesele de cultivare, extracție și prelucrare sunt respectate standardele GMP (Good Manufacturing Practice) și GACP (Good Agricultural & Collecting Practice).

Iberogast (STW 5) este inclus în multiple studii clinice și meta-analize.

### Concluziile principale ale publicațiilor sunt:

1. Acțiune multi-țintă în stomac și intestin pentru tratamentul simptomatic în patologia funcțională digestivă;
2. Efect de reducere a inflamației minime asociată frecvent sindromului de intestin iritabil, precum și de scădere a sensibilității nervoase la nivelul receptorilor gastro-intestinali;
3. Efect de modulare a motilității gastro-intestinale asociate dispepsiei funcționale și sindromului intestinului iritabil;
4. Tratament de ameliorare a gastritei, cu efect de normalizare a secreției gastrice acide precum și de stimulare a secreției de mucus necesar în constituirea stratului de mucus gastric protector;
5. Absorbție și efect rapid. A fost raportată reducerea simptomelor după 15 minute de la administrarea primei doze, majoritatea pacienților semnaland îmbunătățirea semnificativă în 15–30 minute după fiecare doză de STW 5.
6. Nu interacționează cu alte tratamente. STW 5 prezintă avantaj la pacienții care au o polipatologie și care necesită

tratamente combinate antihipertensive, hipocolesterolemiant, etc.;

7. Perioada de administrare practic nelimitată, în funcție de tipul și intensitatea simptomelor;
8. Menționarea în ghidul ROMA 4 a opțiunii de tratament a dispepsiei funcționale cu preparatul pe bază de plante STW 5 (Iberogast®)

În patologia funcțională digestivă, cu multiplele ei intricări, cauze și mecanisme patologice, o medicație multi-țintă cu o combinație de extracte naturale din 9 plante medicinale poate ameliora în mod semnificativ calitatea vieții pacienților noștri, respectând conduita terapeutică în patologii asociate.

### Bibliografie:

1. Gastroduodenal Disorders; Vincenzo Stanghellini et al, 2016
2. Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study; Ami D.
3. Allescher H-D, Abdel-Aziz H. Mechanism of Action of STW 5 in Functional Dyspepsia and IBS: The Origin of Multi-Target. Dig Dis. 2017
4. Abdel-Aziz H, Kelber O, Lorkowski G, et al. Evaluating the Multitarget Effects of Combinations through Multistep Clustering of Pharmacological Data: the Example of the Commercial Preparation Iberogast®. Planta Med, 2017. 83(14/15): 1130–1140;
5. Simmen, U., O. Kelber, R. Jaeggi, B. Büter, S. N. Okpanyi and D. Weiser. „Relevance of the herbal combination of STW 5 for its binding affinity to the muscarinic M3 receptor.” Naunyn Schmiedeberg's Arch Pharmacol, 2003. 367, (Suppl 1): R22
6. Simmen, U., O. Kelber, S. N. Okpanyi, R. Jaeggi, B. Bueter and D. Weiser, „Binding of STW 5 (Iberogast®) and its components to intestinal 5-HT, muscarinic M3, and opioid receptors.” Phytomedicine, 2006
7. Buchert, D. „Wirkung einer fixen Kombination bei gesicherter Non-Ulcus-Dyspepsie.” Z Phytother, 1994. 15: 24-25
8. Madisch, A., G. Holtmann, K. Plein and J. Hotz. „Treatment of irritable bowel syndrome with herbal preparations: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled, multi-centre trial.” Aliment Pharmacol Ther, 2004. 19(3): 271–279
9. Raedsch, R., B. Vinson, B. Ottlinger and G. Holtmann. „Early onset of efficacy in patients with functional and motility-related gastrointestinal disorders: A noninterventional study with Iberogast(R).” Wien Med Wochenschr, 2018. 168(3–4): 89–98
10. Stanghellini V, Rabini S, Wargenau M. „STW 5 is effective in functional dyspepsia symptoms” Neurogastroenterology and motility, 2018

Articol susținut de Bayer

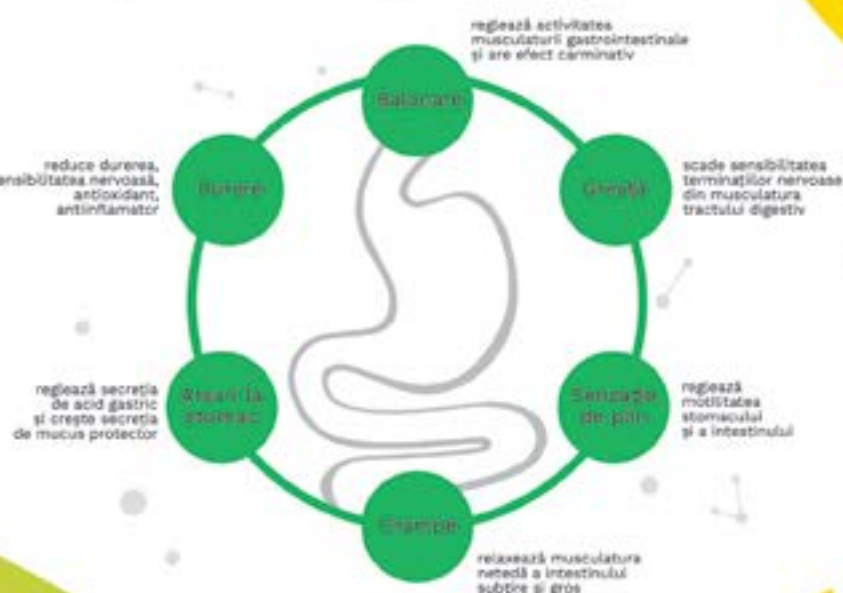


NOU

# Vindecare inspirată de natură.

Iberogast este un extract standardizat din 9 plante de cultură controlată recomandat în tratarea tulburărilor gastrointestinale funcționale și legate de motilitate precum dispepsia funcțională și sindromul intestinului iritabil, dar și în susținerea tratamentului simptomatic al gastritei.

## Iberogast® – soluția simplă pentru 6 simptome digestive



# Iberogast®

Puterea de vindecare a naturii

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Iberogast® picături orale soluție, este un medicament ce se eliberează fără prescripție medicală. RCP-ul produsului, versiunea februarie 2022, poate fi consultat pe [www.ann.ro](http://www.ann.ro).

Bayer S.R.L. Bucharest Business Park, Șos. București - Ploiești nr. 1A, clădirea B, sector 1, 013681 București, tel.: +40 21 529 59 00, Fax: +40 21 529 59 98. LMR-CH-20220309-72

# „Conferința noastră ne obligă an de an nu doar la stabilitate, dar și la o permanentă luptă de autodepășire”

În perioada 23-26 martie 2022 are loc editia a VXIII-a a Conferinței de Medicina Familiei cu participare Internațională. Despre acest prestigios eveniment stăm de vorbă cu **Dr. Sandra Adalgiza Alexiu, Președinte AMF-B.**

Medicina Familiei este o specialitate complexă, a cărei conferință adună numeroși participanți și variate teme. Cu ce noutăți întâmpinați medicii, ce invitați aveți și cum se va desfășura acest eveniment online (sesiuni, ateliere, cursuri)?

Conferința noastră care se desfășoară în mod tradițional la finalul lunii martie a ajuns la ediția a optsprezecea. Pentru noi este un motiv de mare mândrie, dar constituie și un picior de pod, pentru că ne obligă an de an nu doar la stabilitate, dar și la o permanentă luptă de autodepășire. Am fost întotdeauna de părere că într-o conferință de asemenea anvergură trebuie să dăm măsura calității discursului profesional. Din acest motiv am încercat întotdeauna să ne păstrăm rigurozitatea în ceea ce privește organizarea Conferinței, invitarea vorbitorilor, monitorizarea atentă a respectării deciziilor Colegiului Medicilor din România, acceptarea cu mare atenție a rezumatelor lucrărilor originale după un algoritm transparent și bine explicat.

Imaginea ne-a preocupat întotdeauna. Am avut grijă să avem vizualuri originale, licentiate, moderne, permanent adaptate, să popularizăm cât mai bine conferința noastră pentru a deveni disponibilă cât mai multor colegi din țară și din afara ei. Am avut întotdeauna parteneriate minunate și benefice ambelor părți și ne-am respectat partenerii și sponsorii.

Plasarea Conferinței noastre în mediul online, desfășurarea ei concomitent cu alte manifestări constituie o situație nouă căreia trebuie să îi facem față, oferta educațională digitalizată fiind extrem de mare. De aceea, încercăm să împletim

sesiunile care au suscitad mereu un interes mare cu unele noi. Firul nevăzut care unește și caracterizează conferința este interdisciplinaritatea. Credem cu tărie că facem parte din marea familie a spe-



cialităților medicale și mereu vom avea în programele noastre sesiuni care reunesc medici din cât mai multe specialități adunați în jurul aceleiași probleme pe care o ridică pacientul pe care îl îngrijim!

Conferința are loc exclusiv online, cu toate avantajele și totodată dezavantajele pe care le adună acest lucru. A fi online este o oportunitate extraordinară pentru oamenii pe care îi despart mări și țări să fie împreună în evenimente care practic îi unesc în obiective. Aduce noi colegi care nu ar fi putut traversa oceanul și de care nu ne-am fi bucurat ca prezență profesională altfel. Ne permite să ne alegem să fim parte a unui întreg cu o economie extraordinară de resurse și să ne bucurăm de expuneri de o deosebită calitate din co-

moditatea propriei case, fără a irosi timp, depășind aproape imposibila situație de a găsi înlocuitori în activitatea noastră. Marele dezavantaj este desigur faptul că nu ne putem vedea alături unii de alții, să ne bucurăm împreună de timpul de calitate petrecut în evenimente profesionale ca pe vremuri. În plus, lipsa unor sesiuni interactive de lucru pe grupuri mai mici, cu implicarea fiecăruia dintre noi, ochi în ochi, cu feedbackul dat pe loc, ne împiedică să dezvoltăm anumite abilități practice pe care înainte le aveam în conferințele noastre. Din păcate nu putem traduce absolut orice în online, dar aș zice că ar fi bine să păstrăm tot ce am câștigat în acești doi ani, toate lucrurile bune pe care a fost nevoie să le inventăm pentru a ne adapta.

Deci da, avem în continuare vorbitori de calibrul, expuneri video, discuții interactive în panel, keynote (expuneri dis-de-diminează cu mesaje cheie și de substanță din partea unor vorbitori excepționali), prezentări de caz sau expuneri ușor școlastice, cursuri, noutăți. Atingem profesionalul, economicul, socialul, vizualul, empaticul, sinteza și diateza (raportul dintre acțiune și cel care o săvârșește), teza și antiteza.

Emitem cinci zile, dintre care patru zile de conferință în două săli virtuale aflate în paralel, urmate de o zi cu două cursuri extrem de serioase și așteptate. În total 64 de ore de știință, artă și comunicare.

Sunteți membru al Grupului de Vaccinologie al Societății Naționale de Medicina Familiei. Care este rolul medicilor de familie în campania de testare și vaccinare anti-COVID-19?





antiviral indirect

imunomodulator



# Aliatul imunității și luptei antivirale

**Destinat să crească și să normalizeze de calitatea NK în doar 50 de minute  
de la administrare și să crească numărul de celule și după doar 5 zile  
de tratament!**

**Medicament generat în România, în conformanță cu legislația în vigoare, în baza unei licențe de fabricație eliberată de ANM în conformanță cu legislația în vigoare, în baza unei licențe de fabricație eliberată de ANM în conformanță cu legislația în vigoare.**

**Medicamentul este un produs generat în România, în conformanță cu legislația în vigoare, în baza unei licențe de fabricație eliberată de ANM în conformanță cu legislația în vigoare.**



Rolul nostru s-a schimbat în timpul pandemiei de câteva ori, dar și așa, nu a fost pus în adevărata lui valoare, organizarea în general a sistemului de sănătate în pandemie a fost aproape un eșec, iar comunicarea de-a dreptul dezastruoasă. Departe de mine de a susține din umbra cărcotașului fără argumente acest eșec, dar din păcate Statul român prin decidenții care s-au succedat în fruntea lui în pandemie au ignorat complet rolul de bază al asistenței medicale primare într-o astfel de criză de sănătate publică. Nu am fost luați în calcul cu seriozitate de nicio guvernare de la bun început, deși suntem astfel definiți și organizați ca să putem furniza accesul imediat al populației la orice este legat de sănătatea publică. Am ratat șansa ca stat să organizăm optim acești doi ani, deși aveam instrumentele necesare, tocmai pentru că toata lumea s-a obișnuit să ignore medicul de familie în mod istoric, în ciuda evidențelor.

Am intrat în pandemie cu o încredere uriașă a populației, demonstrată în toate sondajele de opinie profesioniste, încredere care s-a și păstrat, totuși acest potențial uriaș a fost sistematic refuzat de conducători. O campanie de vaccinare care ar fi început în cabinetele medicilor de familie, cei care vaccinează dintotdeauna populația, cei în care omul de rând are încrederea cea mai mare ar fi avut o altă șansă decât am văzut. În realitate, medicii de familie au fost incluși tardiv în vaccinare, când deja încrederea populației se prăbușise după proasta gestionare, mai ales din punct de vedere politic, a pandemiei. Mă tem că prăbușirea încrederii în vaccinare se va reflecta și în prăbușirea acoperirii vaccinale cu toate celelalte vaccinări la copil.

La fel s-a întâmplat și cu testarea. A devenit foarte clar pentru toată lumea că testarea masivă era cea mai bună formă de control a pandemiei, totuși testarea în România a fost enorm de mult timp plafonată, testarea rapidă a devenit rutină extrem de târziu, iar introducerea medicilor de familie în procedurile de testare gratuită a venit extraordinar de târziu, pe trend descendent al incidenței bolii și mai ales pe prăbușirea încrederii populației în sistemul de sănătate. Fiind în ton cu atitudinea pe care o au autoritățile față de medicina de familie au venit și acuzele, mai mult sau mai puțin voalate, trecând complet cu vederea faptul că nicio dată nu

se ține cont de părerea noastră profesională, izvorâtă din experiența noastră în derularea activităților specifice specialității noastre. Cu cel puțin 20 de ani de desconsiderare și acuze nefondate, nu e greu de înțeles scăderea implicării medicului de familie în direcțiile trasate de un stat care nu îi acordă nicio atenție.

Noi însă aici rămânem, cu activitățile noastre zilnice, cu programul național de imunizare care va include până la urmă și vaccinarea anti-COVID-19.

### Care sunt cele mai frecvente probleme de sănătate pe care le-ați întâlnit la pacienții vindecați de COVID-19?

Este interesant că abia acum începem să vedem cu adevărat ravagiile pe care le face această boală. Vorbim deja de un sindrom Post-COVID sau Long-COVID, iar timpul și studierea simptomelor ne oferă pe zi ce trece noi dovezi că vom avea probleme cu acești pacienți trecuți prin diverse forme de boală.

Long COVID înseamnă afectări în toate sferile de activitate, ale celor trecuți prin boală, înseamnă afectări de diverse grade de severitate ale aparatelor și sistemelor, unele dintre ele lăsând urme adânci.

Avem pacienți care au rămas cu afectări ale gustului și mirosului, sau care acuză distrucții ale fanerelor (căderea părului, unghii modificate, friabile, schimbarea tipului cutanat, cu accentuarea uscăciunii), pacienți cu afectare pulmonară ireversibilă și substanțială, probleme ale microcirculației. Să nu uităm de afectarea psihică, pe de o parte din cauza necesității de izolare, pe de altă parte prin afectarea cerebrală cu agravarea sau evoluția galopantă a demențelor și degradarea cognitivă mult mai rapidă.

### Datorită atâtor restricții, izolări, distanțări, unii pacienți evită vizita la medic sau sfatul acestuia și încep să se trateze singuri. Care este părerea dvs despre automedicație?

Automedicația este un flagel cu care lupta este foarte dură. Izolarea, teleconsultația, lipsa de încredere în sistemul medical, lipsa de educație medicală a populației generale, nerespectarea metodologiilor, ghidurilor de medicație, a

regulilor de eliberare a medicamentelor din farmacii și lipsa totală a controlului respectării regulilor existente ori lipsa sancțiunilor au dus la apariția fenomenelor de rezistență antimicrobiană galopantă, supradozaje, salturi hipertensive, alergii grave, stocuri incredibile de medicamente în fiecare casă. În plus, răspândirea gravă a informațiilor false, a așa-zișilor doctori care la adăpostul diplomei și în căutare de publicitate au rostogolit înspre populație informații dezastruoase, au afectat grav starea de sănătate a cetățenilor, care au preferat să se trateze singuri în loc să apeleze la medicii despre care au fost mințiți că nu sunt competenți.

Lucrurile acestea au fost foarte dure-roase. Am pierdut lupte inegale și pacienți din cauza manipularilor de acest fel.

### Putem spune că pandemia a adus și la noi dezvoltarea telemedicinii. Credeți că ar trebui reglementată și în România, la fel ca în alte țări?

Telemedicina este unul dintre marile noastre câștiguri în pandemie. Până la apariția primelor cazuri de COVID-19, noi nu aveam voie în România să facem teleconsultații, deși o cerusem de multe ori.

În momentul în care a apărut pandemia de COVID-19 și a fost nevoie să trecem la teleconsultație, am devenit brusc competenți pentru acest lucru, ceea ce ne-a bucurat, pentru că a devenit certitudine. S-au găsit soluții tehnice pentru asta, și din partea medicilor, și a pacienților. De altfel, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a inclus-o în pachetul de bază. În contractele noastre care vor continua de acum înainte, teleconsultația rămâne pentru pacientul cronic, care nu poate să vină foarte ușor la cabinet, care nu se poate deplasa. El poate fi consultat prin orice fel de consultație video-telefonică sau prin internet și poate primi rețeta online, pe care noi putem să i-o emitem și să i-o trimitem pe email sau în diverse aplicații.

De asemenea, în contractul-cadru rămâne stabilit că medicul de familie poate face teleconsultație în cazul pacienților care prezintă un anumit risc epidemiologic. Dacă se suspectează că este vorba despre o afecțiune care îi poate pune în pericol pe cei din jur, fiind contagios – fie că e vorba de o suspiciune de COVID-19, gripă, varicelă sau altă boală contagioasă,

# Cu sau fără antibiotice?

Strategiile de tratament ale 30% din toate prescripțiile de antibiotice în cadrul sistemului de sănătate medicală pot să nu fie necesare. Deținătorii de rețetă și decizii de a nu prescrie antibiotice în anumite cazuri pot ajuta la reducerea semnificativ a rezistenței la antibiotice și a costurilor asociate tratamentului. Deținătorii de rețetă și prescripții de corectare HCLIS în practică.

## wrCRP+Hb

- Testarea disponibilă în 2 minute, volum probe: 10µl
- Valoarea CRP permite înțelegerea necesității tratamentului de antibiotice
- Dacă rezultatul este negativ:
- Pacienții – Preț redus pentru a face față de costul creșterii de rezistență

## Step A

- Detectarea timpurie a infecțiilor de către laboratorul de diagnostic clinic în real time point
- Testarea clar pozitivă sau negativă analitică în mai puțin de 2 minute
- Testarea în timp real în clinici și ambulatoriu pentru a reduce rezistența



© 2017 Janssen Pharmaceutica NV, Beerse, Belgium. All rights reserved. Janssen Pharmaceutica NV is a subsidiary of Janssen Pharmaceutica Group, a division of Janssen Pharmaceutica NV. Janssen Pharmaceutica NV is a subsidiary of Janssen Pharmaceutica Group, a division of Janssen Pharmaceutica NV. Janssen Pharmaceutica NV is a subsidiary of Janssen Pharmaceutica Group, a division of Janssen Pharmaceutica NV.



Distribuitoare pe teritoriul României:

**ADIAN**

Pentru informații suplimentare, vă rugăm accesați adresa:  
[www.adian.eu](http://www.adian.eu)

**Janssen+**

Janssen Pharmaceutica SRL, Tel. +40 771 464 977  
[www.janssened.ro](http://www.janssened.ro), [office@janssened.ro](mailto:office@janssened.ro)

putem să discutăm cu el prin teleconsultație. Putem să emitem o rețetă pe care pacientul s-o primească, să dispunem, dacă este nevoie, de tratament la domiciliu, de izolare, concediu medical ș.a.m.d.

Ca orice lucru bun, poate fi erodat prin suprareglementare. Totuși ar trebui să existe trasate niște limite, pentru a evita excesul și pentru a permite eficiența maximă a metodei!

**Vă rog să ne informați care este calendarul evenimentelor organizate anul acesta atât pentru medici cât și pentru pacienți.**

Asociația Medicilor de Familie București – Ilfov organizează, ca în fiecare an, trei conferințe importante (în martie, iunie și decembrie), simpozioane lunare, webinarii, ateliere online, campanii pen-

tru pacienți, se implică în comunicarea către medici și către pacienți a noutăților și a informațiilor de bază cu maximă urgență.

Lansăm la începutul fiecărui an „Agenda medicului de familie” cu noutăți adunate și prelucrate de medici cu experiență. În acest an avem în plan și două proiecte noi pentru medici și pacienți, pe care le vom deoala la momentul potrivit.

Unul dintre evenimentele care a venit peste noi neprevăzut a fost războiul din Ucraina. Am reușit să adunăm un transport considerabil de materiale și medicamente pentru colegii noștri medici de familie din Cernăuți pe care l-am expediat în urmă cu câteva zile. Datorăm în mare parte această realizare relațiilor profesionale cu asociația similară nouă din Cernăuți, datorită colegelor noastre Cătălina Panaiteșcu (AMFB) și Prof. Dr. Larysa

Sydorchuk (Asociația Profesională a Medicilor de Familie din regiunea Cernăuți)

**Colaborarea între societățile medicale s-a dovedit a avea rezultate foarte bune. Vă rugăm să ne spuneți ce parteneriate aveți și cum se manifestă această colaborare?**

Din fericire, suntem alături de colegii noștri din mai multe societăți profesionale cu care organizăm sesiuni interdisciplinare. Cele mai la îndemână exemple ar fi: Sesiunea dedicată copilului cu COVID-19 (organizată împreună cu Societatea Română de Pediatrie condusă de doamna Prof. Dr. Doina Pleșca în cadrul Conferinței din martie), sesiunea AMFB în cadrul Conferinței Anuale a Colegiului Medicilor din Municipiul București, sau URGEMED, conferință cu statut de curs, organizată în luna iunie, directorii acestui curs, Dr. Rodica Tănăsescu și Prof. Dr. Dragoș Vinereanu lucrând cot la cot pentru organizarea anuală a acestui eveniment deja cunoscut. Conferința din luna decembrie este organizată în fiecare an de AMFB împreună cu Patronatul Medicilor de Familie București – Ilfov. Fiecare din aceste evenimente se desfășoară în cele mai bune condiții datorită muncii în echipă a colegilor din conducerea AMFB, a celor două doamne din secretariatul AMFB a căror abnegație este inegalabilă, dar și partenerilor noștri în organizarea evenimentelor, Logos Consult, Data Center Solutions și Mediamed Publicis.

**Programele de prevenție au fost întotdeauna o prioritate. Ce proiecte aveți anul acesta? Există finanțare?**

Prevenția este unul din elementele definitorii ale medicinei de familie. Cenușăreasa medicinei în România, prevenția este greu încercată. Totuși sperăm ca în acest an să putem intra în programele de screening cât mai mulți colegi.

O dată cu deschiderea PNRR, sperăm să putem beneficia și de finanțare pentru utilarea și renovarea unor cabinete medicale. În acest sens, împreună cu un grup de lucru inițiat de Consiliul Județean Ilfov am început un sondaj printre colegi pentru a vedea care sunt prioritățile cabinetelor.

Asociația Medicilor de Familie București - Ilfov  
Ediția a XVIII-a

# Conferința de Medicina Familiei

cu participare internațională

**Echilibrul delicat între știință, artă și comunicare**

www.conferintemf.ro

CONFERINȚĂ ONLINE

**23-26 martie**

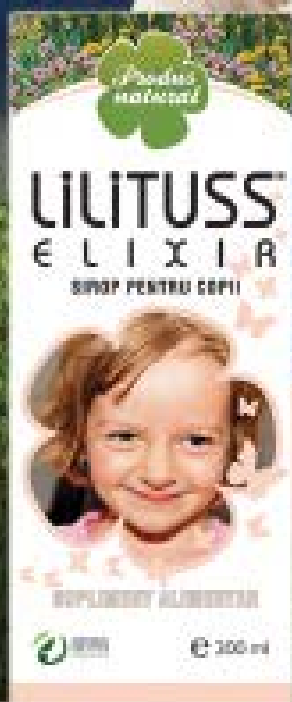
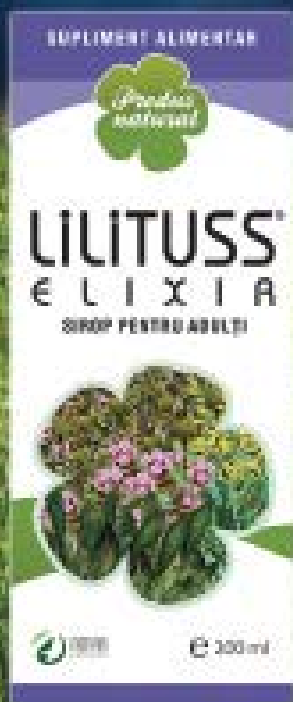
**2022**

**27 martie**  
cursuri post conferință



CU  
**LILITUSS<sup>®</sup>**

TOATĂ FAMILIA E PROTEJATĂ!



Reduce accesele  
de tuse seacă  
și expectorantă.

# Întrebări și răspunsuri despre alăptare și infecția SARS-CoV-2

Contextul epidemiologic actual a născut mari provocări în plan medical, uman și administrativ, în orice specialitate. Dincolo de aceste provocări, neonatologia trebuie să își împartă asistența medicală atât asupra nou-născutului, cât și a mamei. Mai mult decât atât, cadrele medicale de specialitate au și au ridicat numeroase întrebări, dar în același timp, s-au străduit să găsească și răspunsuri. În ciuda acestui fapt, datele din literatură sunt limitate și controversate, deși există peste 250 de publicații pe tema infecției cu SARS-CoV-2.



Prof. Habil. Dr. Gabriela Corina Zaharie

Șef Disciplină Neonatologie UMF Iuliu Hațieganu Cluj, Șef Secție Neonatologie I, SCJU Cluj  
Medic Primar Pediatrie și Neonatologie  
Vicepreședinte Asociația de Neonatologie

Unele dintre cele mai frecvente întrebări sunt:

- Virusul Covid contaminează laptele de mamă?
- Ar trebui ca mamele infectate să alăpteze?
- Laptele mamelor care au trecut prin boală conține anticorpi care protejează copilul?
- Ar trebui revizuite ghidurile de alimentație naturală?

Raportat la aceste întrebări, ar fi utile statistici ce dezvăluie evoluția lucrurilor, astfel: în prima etapă a pandemiei, 49% din ghiduri contraindicau alăptarea și consiliau familiile în această direcție. În această ordine de idei, experiența chineză, din februarie 2020, afirma următoarele:

- Mamele infectate și cele suspecte nu trebuie să alăpteze;
- Nou-născuții mamelor Covid pozitive trebuie izolați de mamă 14 zile și nu sunt alăptați;
- Este permisă alăptarea doar dacă mama are test negativ.

În același spirit, în SUA, inițial s-a recomandat separarea mamei de copil, pe când în Italia, în urma studiilor, s-au putut constata următoarele:

- nu există dovezi legate de transmiterea verticală a virusului;
- PCR nu s-a găsit pozitiv în laptele de mamă;
- mamele asimptomatice sau paucisimptomatice pot să alăpteze, respectând măsurile uzuale de prevenire a infecției: spălarea riguroasă a mâinilor și purtarea măștii.

În altă ordine de idei, s-a considerat că transmiterea virusului se face mai degrabă prin picăturile de salivă bucală contaminate. Astfel, Paulo Ricardo și col. evaluează dovezile legate de prezența SARS CoV2 în laptele mamelor cu test pozitiv pentru virus, după cum reiese din:

- 8 publicații care includ 24 de gravide Covid pozitive, în trim. III de sarcină, cu simptomatologie prezentă și aspect CT de pneumonie;
- testul PCR efectuat din tampoane nazale prelevate imediat postnatal de la nou-născuți – negative pentru Covid-19;
- Examinarea placentei – negativă;
- Toate testele Covid efectuate din laptele matern au fost negative.

Demnă de notat este și metaanaliza a 37 publicații, care a pus sub observație laptele a 77 de mame Covid pozitive, care și-au alăptat copiii, și care au evidențiat următoarele:

- 23 de nou-născuți alăptați exclusiv:
  - ▶ 8 cazuri au avut PCR pozitiv.
- 8 nou-născuți alimentați cu Formulă:
  - ▶ 2 cazuri cu PCR pozitiv
- 4 cazuri alimentați mixt:
  - ▶ 2 cazuri cu PCR pozitiv

Mergând pe linia evoluției virusului și a efectelor sale, se constată că, în luna octombrie, 2020, studiile referitoare la leziunile placentare aprofundează datele cu privire la transmiterea infecției mamă – nou-născut. În acest sens, un studiu re-

trospectiv al placentelor provenite de la 77 mame Covid poz, comparativ cu gravide fără Covid, identifică anomalii placentare, inclusiv procese de vasculită cu hipoperfuzie fetală și vilită, și depunere murală de fibrină. De asemenea, 10% dintre acestea asociau oligoamnios și restricția de creștere intra-uterină.

Correspondence:

Correspondence:

Managing COVID-19-Positive Maternal-Infant Dyads: An Italian Experience

Guido Savarini,<sup>1</sup> Domenico Umberto De Rosa,<sup>2</sup> Carlo Corca,<sup>3</sup> Denis Aroni,<sup>4</sup> Nicole Chiri,<sup>5</sup> Andreea Duboi,<sup>6</sup> and Andrea Campani<sup>7</sup>

- Nu există dovezi în ceea ce privește transmiterea verticală a virusului;
- Analiza mostrelor de lapte de la 32 mame Covid pozitive, au avut test PCR negativ pentru Covid-19;
- Raportează 2 cupluri mamă-nou născut Covid pozitiv, la 9-10 zile postnatal; Însă, testarea laptelui matern pentru Covid – negativ, ridică posibilitatea unei transmiteri orizontale a virusului de la o terță persoană:

Outcomes of Neonates Born to Mothers With Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection at a Large Medical Center in New York City

Shirley Chen,<sup>1</sup> David H. Han,<sup>2</sup> Elizabeth A. Han,<sup>3</sup> et al. *Journal of Intensive Care Medicine* 2021;36(1):1-7. doi:10.1177/1073298120971111

Atfel, este de remarcat faptul că analiza PCR a probelor de lapte provenite de la 100 mame Covid pozitive, cu forme asimptomatice, forme ușoare, respectiv forme severe de boală în perioada martie-aprilie 2020, evidențiază faptul că încă nu există dovezi pentru transmitere verticală a bolii.

## Ce ne recomandă OMS?

În mai 2020, atitudinea față de infecția Covid-19 și cuplul mamă-copil permite și



**Recoltarea placentei la naștere și stocarea ei  
pentru potențialul terapeutic este următorul pas  
în medicina viitorului**



**AT&Acolli SA www.cordbloodcenter.ro**



**Cord Blood Care Alliance of Romania**

recomandă alăptarea pentru mamele cu test COVID pozitiv. Însă, pentru punerea în aplicare, este necesar consimțământul mamei și al familiei. În aceste condiții, se impune:

- Respectarea riguroasă a măsurilor de protecție;
- Purtarea măștii de câte ori alăptează;
- Spălarea mâinilor și a sânilor;
- Dacă mama dorește să administreze lapte muls, se impun aceleași măsuri de precauție, inclusiv sterilizarea riguroasă a pompei și sticlelor;
- se ia în considerare posibilitatea trecerii medicației prin laptele matern;

Însă, bineînțeles că se așteptau studii suplimentare, care să facă cunoscută fiziopatologia infecției și astfel, recomandările să fie bazate pe evidențe. Ulterior, în luna februarie 2021, actualizările OMS privesc de la manifestările clinice, factorii de risc la modalitate de transmitere și tratament, fiind bazate pe un review sistematic efectuat pe 4907 mame. Incidența nou-născuților pozitivi, în primele 24 de ore a fost de 1,9%.

## De atunci întrebările continuă...

- Ce știm despre modalitatea și posibilitatea de transmitere?
- Ce știm despre momentul infecției?

## Transmiterea in utero?

- Din punct de vedere fiziopatologic, transmiterea este posibilă
- Cel mai probabil hematogenă, foarte rar ascendentă;
- Viremia în procent de 10-18% la mamele cu formă severă de boală poate afecta fătul;
- Receptorul de membrană pentru enzima de conversie – angiotensina(ACE2); precum și proteaza trans-membranară serina 2 (TMPRSS2) au fost identificate la nivel placentar
- Leziunile placentare asociate SARS CoV-2 identificate, au fost de perfuzie deficitară, ischemice.

## Transmiterea intrapartum?

- SARS CoV-2 s-a identificat în fecale;
- Contaminarea canalului pelvi-genital, a vulvei, in timpul nașterii, poate con-

tamina oro-nazo -faringele nou-născutului;

- Picăturile mamelor în travaliu activ pot de asemenea contamina mediul și astfel va contamina nou-născutul imediat după naștere;
- Este dificil astfel de separat momentul infectării sau al contaminării.

## Transmiterea postpartum?

Reprezintă majoritatea infecțiilor raportate la nou-născut, secundar expunerii cu mamele sau cu personalul de îngrijire SARS CoV-2 – în laptele de mamă s-a identificat prin tehnica PCR; mai mult componente virale nereplicabile

Pe de altă parte – Ac specifici anti SARS CoV-2 tip IgG, IgA, IgM au fost identificați în laptele de mamă; fără a se putea confirma rolul protector al acestor Ac. În perioada postnatală, expunerea la mame pozitive, personal medical, mediu – ca sursă de infecție – pare dificil de determinat.

## Modalitatea de naștere?

Probe din timpul secțiunii cezariene, unde placenta și fătul se naște în condiții sterile sunt mai puțin expuse la contaminare decât cele prelevate în condițiile nașterii vaginale; deși sunt mult mai expuse la contactul cu sângele matern.

În acest sens, datele publicate în iunie 2020 concluzionează :

- Sunt insuficiente date referitoare la potențialul de transmitere prin lapte a virusului.

Beneficiile alăptării împreună cu măsurile de prevenție a mamelor, care alăptează contracarează riscurile. Astfel, OMS recomandă inițierea și susținerea alăptării

Spre final, se poate afirma că experiența Covid a generat multe discuții, iar studiile continuă. Ceea ce ar trebui să reținem este că întrebări vor continua să se pună, vom avea și nu vom avea răspunsuri întotdeauna. Să încercăm să lasăm și latura umana a medicului din noi să înțeleaga și să fie aproape de tânăra mamă, în acest context dificil

## Bibliografie

1. Paulo Ricardo et all – To breastfeed or not to breastfeed? Lack of evidence on the presence of SARS

CoV2 in breastmilk of pregnant women with Covid -19 – Pan American Journal of Public Health ,44,20

2. E. Centano-Tablante et all – Transmission of SARS-CoV-2 through breast milk and breastfeeding: a living systematic review, Annals of the New York Acad. Of Sciens;
3. Am. Journal of Obsterics and Gynecol., oct 2020
4. Review -Yap M, Debenham L, Kew T, Chatterjee SR, Allotey J, Stallings E, et al. Clinical manifestations, prevalence, risk factors, outcomes, transmission, diagnosis and treatment of COVID-19 in pregnancy and postpartum: a living systematic review protocol. BMJ Open. 2020;10(12):e041868-e.
5. Definition and categorization of the timing of mother-to-child transmission of SARS-CoV-2 ; Scientific brief /8 February 2021. Andersson MI, Arancibia-Carcamo CV, Auckland K, Baillie JK, Barnes E, Beneke T, et al. SARS-CoV-2 RNA detected in blood products from patients with COVID-19 is not associated with infectious virus [version 2; peer review: 2 approved]. Wellcome Open Res. 2020;5:181. Gengler C, Dubruc E, Favre G, Greub G, de Leval L, Baud D. SARS-CoV-2 ACE-receptor detection in the placenta throughout pregnancy. Clin Microbiol Infect. 2020(S1198-743X(20)30603-0). Pique-RegiR, RomeroR, TarcaAL, LucaF, XuY, AlaziA, et al. Doesthehumanplacentaexpressthecanonical cell entry mediators for SARS-CoV-2? Elife. 2020;9:e58716. Sharps MC, Hayes DJL, Lee S, Zou Z, Brady CA, Almoghrabi Y, et al. A structured review of placental morphology and histopathological lesions associated with SARS-CoV-2 infection. Placenta. 2020;101:13-29. Li M, Chen L, Zhang J, Xiong C, Li X. The SARS-CoV-2 receptor ACE2 expression of maternal-fetal interface and fetal organs by single-cell transcriptome study. PLoS One. 2020;15(4):e0230295. Faure-Bardon V, Isnard P, Roux N, Leruez-Ville M, Molina T, Bessieres B, et al. Protein expression of angiotensin)
6. vanDoornAS, MeijerB, FramptonCMA, BarclayML, deBoerNKH. Systematicreviewwithmeta-analysis: SARS- CoV-2 stool testing and the potential for faecal-oral transmission. Aliment Pharmacol Ther. 2020;52(8):1276-88. Carosso Cosma S, Borella F, Marozio L, Coscia A, Ghisetti V, et al. Pre-labor anorectal swab for SARS-CoV-2 in COVID-19 pregnant patients: is it time to think about it? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020;249:98-9. Hermes AC, Horve PF, Edelman A, Dietz L, Constant D, Fretz M, et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Environmental Contamination and Childbirth. Obstet Gynecol. 2020;136(4):827-9
7. World Health Organization. Breastfeeding and COVID-19. Scientific brief, 23 June 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 World Health Organization. COVID-19 Clinical management. Living guidance. 25 January 2021. Geneva: World Health Organization; 2021





**Cord Blood Center este  
prima alegere a medicilor din România**





Astăzi mai

# ReferID

ReferID este un set simplu de 4 întrebări pentru a identifica dacă pacienții tăi ar putea beneficia de o intervenție în viața lor specială. Rezultatul este disponibil online pe site-ul nostru sau prin apelul și intermediul site-ului pe care îl găsești în QR, pentru a facilita întotdeauna accesul tău la informații și servicii.



[www.astrazeneca.com](http://www.astrazeneca.com)  
<http://referid.astrazeneca.com>

# 1



## SCHEMĂ DE TRATAMENT ÎN TRIMISOR ÎN TRIMISOR

În ultimele 12 luni, pacientul dvs. a utilizat 2 sau mai multe vase de scambiu de plasmă (PEP) și/sau un medicament pentru a trata HIV?

# 2



## PREZENȚĂ LA UNICĂLA DE PĂRINȚI ÎNTR-UN LOCAL

În ultimele 12 luni, pacientul a fost nevoit să se prezinte la 2 sau mai multe ori la Unicăla de Părinți Legată sau a mai multe de consultări supravegurate din cauza HIV-ului?

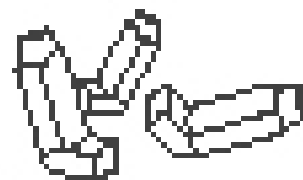
# 3



## TRATAREA ÎNTR-UN LOCAL

Pacientul a fost vreodată internat sau internat la ATI (cauza de internare internare) din cauza HIV-ului?

# 4



## UTILIZAREA SUCURĂ

În ultimele 12 luni, este posibil să ai EACRĂ (test-antigen) sau detectat o cură de ac-HIV și utilizat pacientul?

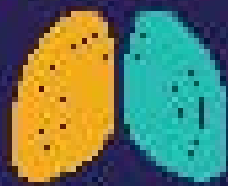
**Dați la vedere dintr-o întrebare 1, 2, 3 răspunsul este „DA” sau dați la întrebarea 4 pacientul a dat un 2 sau mai multe răspunsuri „DA”, este recomandat un consult de specialitate pentru tine.**

**Pentru mai multe informații despre ReferID pentru HIV, vizitați [www.astrazeneca.com](http://www.astrazeneca.com) și site-ul de [www.astrazeneca.com](http://www.astrazeneca.com)**

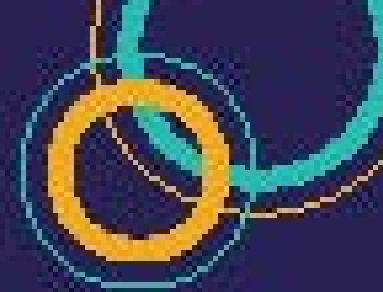
**Ameliorați-vă viața și calitatea vieții pacientului dvs. dintr-un simplu clic.**

Astrazeneca România SRL  
Str. Pământului nr. 9, București, județ Ilfov, Sector 4, România  
Tel: +40 31 400 40 40 sau [www.astrazeneca.com](http://www.astrazeneca.com)  
PR-00000000





# PRECISION



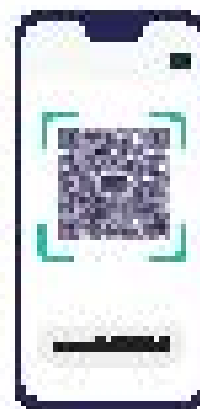
**Prof. Univ. Dr. Florin Mihăilescu**

**“Pachetul diagnostic-terapeutic  
are un rol esențial de tratament?”**

**Actualul dificil de tratat rămâne necontrolat deși pacientul primește tratament cu o doză majorată de CS asociată cu o slabă reacție de control pe cu CS de menținere.**

**Prof. Univ. Dr. Florin Mihăilescu explică într-un material video, diferențele dintre actualul necontrolat, actualul dificil de tratat și actualul sever, oferind precizie în evaluarea fiecărui pacient astmatic.**

**Urmăriți cursul video al prezentării video.**



**Practica, un program nou în dezvoltare dezvoltat și finanțat de AstraZeneca, este deja disponibil pe platforma noastră în cadrul evenimentului online pentru pacienții care trăiesc cu astm sever.**

**Amintiți-vă că este important să vă informați despre toate celelalte.**

**02-41004100**

**ASSTRAZENECA ROMANIA SRL  
Societate cu răspundere limitată, înregistrată în Registrul Comerțului al  
României nr. 15187/2019, cu sediul în București, Strada  
Mihail Kogălniceanu nr. 100, Sector 5, România**



# Somnul și rolul său legat de greutatea corporală și nu numai

## Sleep and its role related to body weight and not only that

Nebănuite sunt implicațiile generate pe filiera somn-neoplasm-dietă de tulburările apărute în arhitectura somnului. De aceea vom discuta în acest articol despre conexiunile descifrate până acum și de implicațiile dietei mediteraniene în corectarea acestor disfuncții.



Prof. Dr. Florin Mihălțan

UMF „Carol Davila”  
Institutul de Pneumologie  
Marius Nasta

### Summary

Unsuspected are the implications generated by the branch - sleep-neoplasm-diet on the disorders appeared consecutive of disturbance of the architecture of sleep. That is why we will discuss in this article the deciphered connections so far and the implications of the Mediterranean diet in correcting these dysfunctions.

În paralel, se declanșează în UE acel program de învingere al cancerului cu mulți factori care interferează și care pot fi luați în considerare pentru profilaxia evoluției spre malignitate. Și aici se vorbește de greutate, de mișcare dar deloc de somn. Ori se știe la ora actuală că somnul și greutatea par indisolubil legate. Poate tocmai de aceea ar trebui să vorbim mai

mult despre această conexiune. De fapt plecăm de la premiza că doar mâncând și respectând o dietă și făcând exerciții în cadrul unui comportament sănătos nu este de ajuns deoarece somnul (o treime din viața noastră o petrecem dormind) reprezintă un pilon de bază al stilului de viață.

De ce plecăm de la această premiză? Deoarece știm cu toții că el ne setează ziua. Un somn sănătos de 7-8 ore induce un comportament energetic care debutează în forță în ziua următoare dis-de-dimineață. El acționează sinergistic cu dieta și exercițiile dar poate afecta independent un element sau altul. La capăt regăsim o calitate a vieții zilnice importantă și așa de mult dorită longevitate. Specialiștii recomandă pentru a preveni anumite boli precum obezitatea, bolile cardiovasculare, diabetul să prioritizăm somnul. Dacă reușim acest lucru ameliorăm alegerile alimentare, ne angajăm cu succes în acest “mindful eating”, și ținem cont și de apetitul nostru real.

«Fundația Națională a Somnului» recomandă să avem în medie 7-9 h de somn per noapte. »CDC-ul« semnalează la rân-

dul său că doar 1 din 3 adulți respectă aceste recomandări din ghiduri. Viața modernă a adus un conflict al omenirii în acest moment cu somnul, cu păstrarea unui indice corporal normal dar și cu alegerile alimentare care nu sunt întotdeauna cele adecvate. Astfel, sunt studii care arată că un individ care doarme doar 4 h per noapte mănâncă în medie 300 de calorii în plus comparativ cu cei care dorm 9h. De fapt este vorba de o lipsă de somn cu disfuncții ale hormonilor care influențează apetitul și senzația de plenitudine. Este jocul a doi hormoni: ghrelină care crește apetitul și leptina care are misiunea de a crea senzația de plenitudine. Un somn scurtat nu face altceva decât crește nivelul de ghrelină și scade pe cel de leptină. Totul se materializează în creșterea ingestiei de alimente și scăderea calității dietei.

Sigur că se caută soluții pentru corectarea somnului nocturn. Și aici cercetătorii monitorizând cu un actigraf durată somnului și simptomele de insomnie (măsurate prin chestionare aplicate și completate de pacienți) au observat că dieta mediteraniană se asociază favorabil cu o durată adecvată a somnului și mai puține simptome de insomnie. Asta presupune că cei care au o dietă cu alimente proaspete, multe fructe, legume, pâine, cartofi, fasole, nuci și alte semințe, ulei de măsline ca sursă de grăsimi, ouă, pește, carne de pasăre cu evitarea alimentelor procesate și limitarea cărnii roșii și cu vin consumat în cantitate moderată au o corecție a somnului. În același timp alcoolul nu trebuie consumat la ore apropiate de ora de culcare deoarece și acesta poate fragmenta somnul.

Sigur că s-au căutat și explicații. Toate aceste alimente care se alătură dietei mediteraniene precum: laptele, peștele,

#### Datele European Cancer Organisation (OCE) scot în evidență amploarea crizei privind lupta împotriva cancerului, astfel:

Aprox. 1 milion de cazuri de cancer sunt în pericol să fie nediagnosticsate la timp, în țările din Europa;

Aprox. 100 de milioane de teste de screening, în vederea depistării cancerului, nu au fost efectuate, în Europa, pe durata pandemiei, lucru care duce la diagnosticări în faze tardive și, implicit, la scăderea, per total, a ratei de supraviețuire a pacienților bolnavi;

1 din 2 persoane, care prezintă simptome de cancer, nu au primit trimitere de urgență pentru diagnosticare;

La ora actuală, 1 din 5 pacienți diagnosticați cu cancer, din Europa, nu primește tratamentul chirurgical sau chimioterapia de care are nevoie.



10 ani  
garanție

99,98%  
performanță



## Purificatoare de aer cu filtru ION HEPA

Alături de medici pentru #sănătateaCasei!

- fabricate în Suedia
- 10 ani garanție
- 99,98% performanță

**Wood's**  
Premium Air Quality



Furnizor Woods unic în România SC SOLDEC SRL, Cluj Napoca: Str. Campului 230, Bucuresti: Str Frunzisului Nr 4,  
tel/fax: 0264 588322, mobil: 0740 775696, [www.soldec-shop.ro](http://www.soldec-shop.ro)

**Pentru cei care încearcă să descifreze legăturile dietă-somn sfaturile actualizate utile sunt grupate în aceste mesaje cheie:**

lipsa somnului ne face să mâncăm mai mult și mai puțin sănătos

dieta mediteraniană nu este sănătoasă doar pentru creier și inimă pentru că însănătoșește și somnul

unii nutrienți din această dietă sunt bogați în melatonină, serotonină, vitamina D factori decisivi pentru un somn sănătos

desigur că cercetătorii trebuie să mai descifreze pe viitor și alte aspecte particulare care țin de dietă, nutrienți și somn. Răspunsurile vor veni din studii de lungă durată aflate în progres.

sucurile de cireșe, kiwi pot ameliora somnul deoarece conțin melatonină, serotonină și vitamina D. Deși nu toate mecanismele sunt descifrate se știe la ora actuală că grăsimile de pește (în particular de somon) sunt bogate în vitamina D și acizi grași omega 3, elemente care reglea-

ză nivelul de serotonină și ameliorează somnul. Tarta de cireșe are o concentrație mare de melatonină și poate crește concentrația de melatonină urinară (cu condiția pentru cei care țin regim de slăbire de a fi atenți la conținutul de zahăr) iar kiwi are o concentrație de antioxidanți,

de serotonină și foliați care sunt utile în lupta împotriva insomniei.

Revenind la relația somn-cancer s-a observat în rândul copiilor cu afecțiuni maligne că unul din patru avea probleme cu adormirea sau menținerea somnului iar la adulții cu tulburări ale somnului există o creștere a procentului de cancer ovariene, de prostată, sân și colon. Alături de terapia comportamentală, evitarea stresului și al emoțiilor, dieta este un capitol important protectiv și corectiv a problemelor de somn. Acest lucru este extrem de vizibil la cei care au o perioadă crescută de latență de inducere a somnului și o perioadă scurtă de somn total. Concluzia este că, somnul sumat cu dieta pot fi în final un modulator corectiv al microbiotei la cei cu risc de cancer, inclusiv de neoplasm pulmonar.

Conferință interdisciplinară  
**PNEUMOLOGIA DE LA MIC LA MARE**  
EDIȚIA I

Coordonatori:  
Prof. Dr. Roxana Maria Nemes și Prof. Univ. Dr. Doina Anca Pleșca

ONLINE  
Webex Cisco  15 - 16 aprilie

SECRETARIAT ORGANIZATORIC  
Elib. Congresuri/Evenimente - 021 315 65 11  
Persoană de contact | Alexandra Filip  
E-mail: alexandra.filip@srp.ro  
tel: 0743 333 772





# Nistagmusul congenital

**Nistagmusul** este definit ca o mișcare involuntară, repetitivă, oscilatorie a ochilor, uni- sau bilaterală. După vârsta de debut, nistagmusul are o formă neonatală/congenitală și o formă dobândită. **Nistagmusul congenital** apare la naștere sau în primele luni de viață, după vârsta de 6 luni se consideră că este nistagmus dobândit.



Dr. Irina Velcea

Medic primar oftalmolog  
Clinica Oftapro, București

**A**cuitatea vizuală a copiilor cu nistagmus congenital poate fi scăzută atunci când există afecțiuni oftalmologice sau neurologice asociate, cum ar fi cataracta congenitală, amauroza Leber, albinismul oculocutanat, atrofia de nerv optic sau afecțiuni ale retinei. Acest tip de nistagmus este denumit **nistagmus senzorial** și apare de obicei, în jurul vârstei de 2-3 luni. Atunci când acuitatea vizuală este bună, este denumit **nistagmus congenital motor**, formă mai frecventă, dar de cele mai multe ori, fără o cauză definită. Dacă un copil prezintă nistagmus în primele luni de viață, trebuie investigat oftalmologic și neurologic iar dacă aceste examinări sunt în limite normale, atunci diagnosticul probabil este **nistagmus congenital motor**.

## Caracteristici clinice:

- Prezintă de obicei mișcări orizontale ale ochilor deși au fost observate și mișcări verticale sau rotatorii. Când nistagmusul este orizontal, poate fi pendular (cu secuse ritmice și de intensitate egală) sau în resort (ochii se mișcă lent într-un sens pe orizontală, apoi rapid în sens contrar). Mișcarea se intensifică la oboseală, la emoții, la eforturile de atenție.
- În multe cazuri, descrește sau dispare într-o anumită direcție a privirii. De asemenea, amplitudinea descrește când pacientul privește la obiecte apropiate (de ex. în convergență). „Zona neutră” sau poziția de blocare este direcția privirii în care nistagmusul dispare sau descrește, îmbu-

nătăindu-se astfel acuitatea vizuală, de aceea pacienții adoptă o poziție compensatoare a capului (capul întors spre partea opusă a poziției de blocare). Menținerea timp îndelungat a acestei poziții poate determina afectarea musculaturii cervicale.

- 50% din pacienți prezintă și strabism convergent.
- Unii pacienți cu nistagmus congenital pot prezenta și mișcări asociate ale capului.

## Tratamentul conservator:

- Ochelarii sau lentilele de contact nu vindecă nistagmusul deși îl pot reduce; purtarea lor este necesară pentru a corecta defectele de refracție.
- Tratamentul ambliopiei prin ocluzie, penalizare optică sau atropinizare atunci când ocluzia accentuează oscilațiile.
- Prismele sunt folosite fie pentru corecția poziției compensatoare (cu baza în direcția poziției compensatoare), fie pentru a stimula convergența (cu baza temporal).
- Tratamentul medicamentos are efect de scurtă durată și efecte secundare importante, cum ar fi sedarea.

## Tratamentul chirurgical:

Două tipuri de intervenții chirurgicale se practică mai frecvent în nistagmus:

- În nistagmusul cu „zona neutră” se pot muta ochii în așa fel încât direcția de blocare să fie în privirea drept înainte astfel că se elimină poziția compensatoare a capului și implicit problemele musculaturii scheletice generate de menținerea timp îndelungat a unei astfel de poziții. În acest scop, în nistagmusul orizontal se practică recesia a doi mușchi dreپți orizontali conjugați. În nistagmusul vertical se operează mușchii dreپți verticali.

- În nistagmusul fără „zona neutră” sau în nistagmusul cu acuitate vizuală scăzută se poate face o recesie a celor patru mușchi dreپți orizontali, pacienții prezentând o reducere a amplitudinii nistagmusului și astfel a timpului de recunoaștere a imaginilor.

Nici una dintre cele două intervenții chirurgicale nu elimină în totalitate nistagmusul ci doar îl diminuează.

Tratamentul chirurgical în nistagmus prin reducerea oscilațiilor și a timpului de recunoaștere, îmbunătățește acuitatea vizuală și permite o orientare mai bună în mediul înconjurător iar prin reducerea sau eliminarea torticolisului crește calitatea vieții pacienților cu nistagmus.

**Nistagmusul dobândit** poate apărea oricând după vârsta de 6 luni și poate avea multe cauze (afecțiuni neurologice, genetice sau metabolice, neoplasme sau reacții adverse la diverse medicații), de aceea este indicată o investigație amănunțită care să includă un RMN cerebral sau diverse alte analize pentru a putea preciza etiologia.

Indiferent de tipul de nistagmus și de vârsta la care apare, este importantă prezentarea la consultul oftalmologic și neurologic, precum și o serie de alte investigații care să determine cauza de apariție a acestuia și cea mai bună abordare terapeutică.



Recepție: 0219252;

0730 593 534 / 0764 740 081

E-mail: office@oftapro.ro; Bd. Mărășești nr. 15, Sector 4, București, www.oftapro.ro



# MIORET

Tot ce ai nevoie pentru prevenția și încetinirea  
progresiei miopiei;

Hesperidină, Vitamina D<sub>3</sub>, Vitamina E, Zinc,  
Luteină și Extracte de așină și Fieciola

Doză 1  
pe zi



**MIORET**  
pentru miopia

Prevenirea și încetinirea  
progresiei miopiei

**MIORET**  
pentru miopia

Prevenirea și încetinirea  
progresiei miopiei



# Conjunctivita în pandemia COVID-19

Se cunoaște deja faptul că cele mai frecvente simptome ale COVID-19 sunt: tusea uscată, dificultățile de respirație, febră, dureri de cap sau de gât, dureri musculare. În unele cazuri, pacienții diagnosticați cu Covid-19 s-au prezentat și cu alte tipuri de simptome, oftalmologice sau dermatologice. Problemele medicale ce țin de sfera oftalmologiei sunt rare și nu sunt considerate specifice bolii, însă pot să apară în unele cazuri. În cazul în care apar la pacienți simptome de conjunctivită asociate cu tuse și tulburări de respirație, dar și cu cel puțin încă două semne generale ale infecției cu virusul SARS-CoV 2, aceștia trebuie să se adreseze medicului de familie, care le va dirija parcursul, deoarece sunt suspecți de COVID-19.



Prof. Univ.  
Dr. Adriana Stănilă

Președintele Societății de Lentile de Contact și Suprafață Oculară

**M**anifestările oculare apar între 0,8% și 3% la cazurile de COVID-19. Simptomele oftalmologice în infecția Covid 19 sunt: ochiul roșu asemănător conjunctivitei virale cu foliculi și secreție moderată.

Explicația științifică pentru apariția acestor simptome constă în faptul că ochii persoanelor în cauză au fost expuși la virus. Știm că virusul se poate transmite de la o persoană la alta prin picături de salivă, atunci când tușim, strănutăm și în unele cazuri, când vorbim.

Bolnavul cu conjunctivită și simptome de Covid-19 trebuie să se adreseze instituțiilor pertinente care testează și tratează infecțiile cu SARS-CoV 2.

Prevenția în conjunctivite se face prin igiena adecvată oculară și periorculară, evitarea atingerii zonei oculare cu mâna, eventual ochelari de protecție, viziere.

Respectând regulile de prevenție impuse la nivel național și mondial împotriva pandemiei de coronavirus, ne protejăm și de conjunctivită.

Măsurile adoptate în această perioadă sunt atât pentru protecția personalului medical dar și, mai ales, a pacienților.

Dacă vorbim de mersul la cabinetele medicale în general și la cele oftalmologice în particular, măsurile de protecție luate menite să prevină infecția includ:

- Pacienții vor purta mască și li se va măsura temperatura cu termometru noncontact
- Aparținătorii nu vor intra în sala de așteptare decât dacă este absolut necesar, ei vor aștepta afară
- În sala de așteptare funcționează o lampă UV
- În sala de așteptare se păstrează distanța de 1.5-2 m
- În cabinete intră doar un singur pacient
- La aparatele de examinare s-a montat un scut de protecție între pacient și examinator
- Se încearcă limitarea conversației între pacient și examinator în timpul examinării
- După fiecare pacient se aerisește, dezinfectează cu soluții specifice pentru tegumente și suprafețe.

Deși studiile arată că șansele ca virusul Sars-CoV-2 să infecteze ochii sunt destul de mici, trebuie să rămânem la fel de precauți ca și până acum și să ne protejăm cât putem de bine.

Pentru protejarea mai bună a ochilor în această perioadă, mai ales când ieșim din casă, recomand:

- **Utilizarea ochelarilor de vedere în locul lentilelor de contact**
- **Purtarea ochelarilor de vedere sau de soare de fiecare dată când ieșim afară**
- **Să nu se atingă zona ochilor dacă mâinile nu sunt dezinfectate**
- **Spălarea pe mâini frecvent și dezinfectarea cu gel dezinfectant atunci când nu există acces la apă și săpun**
- **Practicarea în continuare a distanțării sociale**
- **Purtarea măștii în spațiile publice**

Tratamentul este simptomatic, cu coliruri cu antibiotic cu spectru larg, antiinflamatoare, protectoare ale suprafeței oculare în lipsa unui tratament țintit etiologic. Din observații conjunctivita dată de COVID-19 respectă corneea, deci sechelele sunt ne semnificative. În cazurile grave, cu sindrom de CID (coagulare intravasculară diseminată), care pare a fi sindromul terminal în cazul COVID-19, ne putem gândi și la afectarea retinei prin obstrucție de vase retiniene sau obstrucție de vase nutritive ale nervului optic, cu repercusiuni dramatice asupra vederii.

În concluzie, putem afirma că afectarea conjunctivei în Covid-19 se manifestă ca o conjunctivită virală banală, foliculară, fără afectarea corneei. Și că, doar oftalmologul poate face diferența între o conjunctivită banală și una provocată de noul coronavirus.

*Ingrușarea pleoapelor o poți face ușor...*



*...cu mai bine, cu servetele oftalmice de unică folosință*

# LENIVA

Șervețele oftalmice de unică folosință

**Pentru ÎNGRUȘAREA zilnică a zonei ochilor**

Trăgăturarea băleții și reducerea  
grijii necesare de îngrijire

Curățarea permanentă în cazul  
problemei inflamatorii și/sau alergice

Igienă oculară și ochilor în sursele  
microbiene în cazul și mâlăi



# Suicidul la vârstnici – factori de risc și factori protectivi

Suicidul ca situație de autoadministrare a morții, poate fi un act rațional, de evaziune dintr-o situație imposibilă, inacceptabilă de boală incurabilă. Cel mai frecvent, suicidul este un comportament cu sens și valoare patologică de autoagresivitate, făcând parte din simptomatologia unor boli psihice grave, cu evoluție îndelungată cum ar fi depresia.



Dr. Rozeta Drăghici

CS II Psiholog pr. PhD – Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie „Ana Aslan”, Președinte ARPC

**S**uicidarea este un proces complex (Yip et al., 2012) care include mai multe etape: de la ideea și planificare, la tentativă și, în cel mai rău caz, la suicid finalizat (OMS, 2012).

- Procesul începe la nivel cognitiv cu ideea suicidară, care uneori este comunicată verbal și/sau nonverbal. Deși gândurile suicidare reprezintă primul pas concret spre comportamentul disfuncțional, persoana poate fi încă receptivă la măsurile informativ-comunicaționale și suportive.
- De multe ori urmează faza de planificare în care persoana analizează modul în care va proceda și se gândește la metodele letale la care ar putea apela.
- Faza de mobilizare corespunde stării de criză suicidară, moment în care persoana este pregătită să treacă la act, tentativa devenind iminentă. Criza este de obicei de scurtă durată, iar o intervenție care survine la momentul potrivit poate întârzia tentativa până în momentul în care persoana iese din starea de criză.

Îmbătrânirea înseamnă reducerea capacităților adaptative, apariția multor suferințe fizice, reducerea substanțială a trăirilor de satisfacție și plăcere, imposibilitatea retrăirii vieții, deci a altei șanse. Persoanele vârstnice sunt puse mai des în situații sociale favorizante (pensionare,

scăderea drastică a valorii lor sociale) și prezintă frecvent condiții psihice interne predispozante și comorbidități (accident vascular, infarct miocardic, boli renale, boli neoplazice). OMS semnalează că și persoanele în vârstă au un risc sporit și pot fi considerate o categorie vulnerabilă. Singurătatea, izolarea socială, cresc riscul de elaborare a unui plan anume pentru comiterea suicidului. Ca act finalizat sinuciderea este mai frecventă decât tentativele odată cu înaintarea în vârstă (Sadock B., Sadock V., 2007).

Probabilitatea apariției comportamentului suicidar există întotdeauna în cursul episoadelor depresive majore. Riscul suicidar este prezent la orice pacient cu depresie, fără să fie însă corelat cu severitatea depresiei, cel mai frecvent poate apărea la începutul și finalul episodului depresiv. Insomnia severă din cadrul episodului depresiv este corelată cu un risc suicidar mai crescut (Tudose F., Tudose C. și Dobranici L., 2011). Aproximativ două treimi dintre pacienții depresivi vârstnici prezintă gânduri recurente de moarte, inclusiv ideea suicidară, care nu sunt ușor de identificat, iar 10-15% comit suicid.

Factorul de risc descris cel mai frecvent este prezența în antecedente a tentativelor de suicid. Alți factori asociați cu un risc crescut de realizare a suicidului includ genul masculin, lipsa unui partener de viață sau singurătatea, prezența unor sentimente intense de lipsă a speranței, suferința cronică. Tulburarea de personalitate borderline crește semnificativ riscul de tentative suicidare (DSM-5, 2013).

Ideile suicidare pot fi exprimate direct sau indirect, fiind relevate de preocupa-

rea și atitudinea față de boală (refuzul alimentației, întreruperea medicației), moarte (funeralii, cimitir). Ideea suicidară sau amenințarea de suicid reprezintă o urgență psihiatrică, nu trebuie considerată doar ca un șantaj sau banalizată.

## Evaluarea riscului de suicid

Evaluarea unui individ suicidar reprezintă în fapt o evaluare a riscului lui de suicid cu scopul de a conduce rapid la încadrarea subiectului într-un grad anume de risc și să permită derularea imediată a unei intervenții individualizate care să securizeze subiectul. Din cauza naturii multifactoriale a suicidului, soluția eficientă nu poate fi decât o intervenție comunitară axată pe mai multe niveluri complementare, care să includă o combinație de măsuri care să vizeze atât nivelul individual și cât și pe cel social (Wasserman et al., 2012). O asemenea intervenție integrativă include mai multe categorii de măsuri (psihologice, medicale, comunicaționale, educative, legislative) care acționează împreună asupra principalilor factori de risc.

Radu Vraști în ”Ghid Practic de Intervenție în Criză” în cap. Protocolul tipic de evaluare a suicidalității recomandat de APA descrie ”Evaluarea de bază în cinci pași” care cuprinde:

1. Identificarea prezenței ideii/gândurilor suicidare și unui istoric de suicid;
2. Identificarea factorilor de risc pentru suicid;
3. Identificarea factorilor protectivi pentru suicid;
4. Determinarea nivelului de risc pentru suicid;



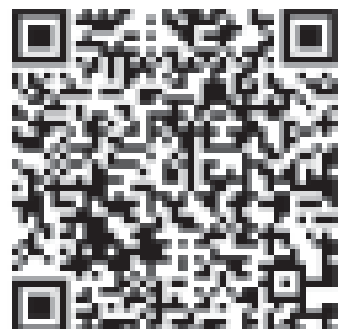
## Arlevert dă șansa pacienților cu vertij să își recupereze rapid calitatea vieții

- ✓ Reducerea rapidă a simptomatologiei specifice vertijului
- ✓ Reducerea rapidă, până la rezoluția completă a simptomatologiei vegetative asociată vertijului (grețuri, vărsături, tinitus)
- ✓ Obținerea unui răspuns terapeutic eficient indiferent de tratamentul anterior sau etiologia vertijului
- ✓ Eficacitate și tolerabilitate
- ✓ Menținerea compensării vestibulare

Arlevert este un medicament care conține în compoziția sa două substanțe active: cinnarizina și scopolamina. Cinnarizina este un medicament care acționează asupra sistemului vestibular și este utilizat în tratamentul vertijului și al bolii Meniere. Scopolamina este un medicament care acționează asupra sistemului nervos central și este utilizat în tratamentul vertijului și al bolii Meniere. Arlevert este disponibil în două variante: Arlevert cristal și Arlevert tablete. Arlevert cristal este disponibil în două doze: 400mg/100mg și 60mg. Arlevert tablete este disponibil în două doze: 400mg/100mg și 60mg. Arlevert este un medicament care este utilizat în tratamentul vertijului și al bolii Meniere. Arlevert este un medicament care este utilizat în tratamentul vertijului și al bolii Meniere.

Arlevert este un medicament care este utilizat în tratamentul vertijului și al bolii Meniere. Arlevert este un medicament care este utilizat în tratamentul vertijului și al bolii Meniere. Arlevert este un medicament care este utilizat în tratamentul vertijului și al bolii Meniere. Arlevert este un medicament care este utilizat în tratamentul vertijului și al bolii Meniere. Arlevert este un medicament care este utilizat în tratamentul vertijului și al bolii Meniere.

Informații detaliate  
pot fi găsite în prospectul  
afiat cuprins în anexă la:



1. Documentarea evaluării și a planului de intervenție.

Riscul de suicid este cu atât mai mare cu cât se acumulează mai multe semne de alarmă și factori de risc într-un anume timp.

## Factorii protectivi față de suicid

Evaluarea factorilor protectivi ai suicidului este un alt aspect al evaluării globale a riscului suicidar. Factorii protectivi sunt acei factori care reduc probabilitatea ca o amenințare suicidară să se producă. Identificarea lor se face prin evaluarea rezilienței subiectului și a capacității subiectului de a face față gândurilor și impulsurilor suicidare care pot apărea într-un moment de criză existențială. Acești factori sunt de natură să călăuzească subiectul în formularea unei speranțe, a unei viziuni prospective pozitive. Factorii protectivi pot acționa temporar sau pe durată mai lungă și prezența lor nu trebuie să conducă la minimalizarea riscului de suicid al subiectului respectiv.

Factorii protectivi interni relevanți ar fi: istoricul de răspuns de succes la stres, abilitățile pozitive de coping, spiritualitate/ religiozitate, toleranța la frustrare, optimism, prezența sentimentului de identitate și apartenență, nivel adecvat al stimei de sine. Există și factori protectivi externi față de suicid: prezența copiilor, prohibiția religioasă, responsabilitatea față de familie și comunitate, rețeaua socială bogată, posibilități recreative extinse, acces redus la mijloace letale. În condițiile actuale prezența factorilor protectivi externi este mult redusă la persoanele vârstnice.

Mecanismul din spatele comportamentului suicidar este de cele mai multe ori cumulativ, o serie lungă de traume și pierderi asociate cu un anumit tip de personalitate și un model de reziliență disfuncțional sau depășit de supraîncărcare, mai ales la persoana vârstnică vulnerabilă. Abordările psihoterapeutice pot fi dintre cele mai importante rezolvări ale crizei suicidare, axate pe problema curentă și trăirile negative. Reflectarea empatică ca etapă s-a dovedit a fi un mod eficient de inventariere a resurselor persoanei, cu reformulări pozitive, recunoașterea și accentuarea propriilor posibilități, legătura terapeutică suportivă fiind în sine un factor protectiv.

## Bibliografie

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition/ DSM-5. Washington D.C.: A.P.A.
- Organizația Mondială a Sănătății (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf)
- Sadock B., Sadock V. (2007). Manual de buzunar de psihiatrie clinică Kaplan & Sadock, Editura Medicală, 342-361.
- Tudose, F., Tudose, C., Dobranici, L. (2011). Tratat de psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi, Editura TREI, 229-231, 239-249, 451-481
- Wasserman, C., Hoven, C.W., Wasserman, D., Carli, V., Sarchiapone, M., Al-Halabi, S., et al. (2012). Suicide prevention for youth - a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. BMC Public Health, 12: 776.
- Yip, P., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S-S., Wu, K., & Chen, Y-Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. Lancet, 379, 2393-2399.

**Corelații anatomopatologice și clinice în gastroenterologie**

1 aprilie 2022  
Ediția a IV-a

UMF "Carol Davila" din București, Institutul Național de Patologie Victor Babeș. Clinica de Gastroenterologie și Hepatologie din cadrul Institutului Clinic Fundeni și Asociația de Patologie Digestivă vă invită la a IV-a ediție a cursului de patologie clinică, ce se va desfășura în data de 1 aprilie 2022.

Cursul va oferi informații noi și utile în practica zilnică. Programul include sesiuni dedicate celor mai frecvente afecțiuni digestive.

Vă așteptăm cu drag în 1 aprilie 2022!  
Directori curs:  
Prof. Univ. Dr. Mircea Diculescu  
Conf. Univ. Dr. Gabriel Becheanu  
Secretar științific:  
Asist. Univ. Dr. Cosmin Ciora

Organizator:  
MedWayEvents

Pentru informații suplimentare, vă rugăm să ne contactați:  
tel mobil: 0744 366 199, email: office@medwayevents.ro

# Sanience D3 Spray 4000 UI

Sanience

## ABSORBȚIE ULTRA RAPIDĂ ȘI EFICIENȚĂ SUB FORMĂ DE MICROEMULSIE



Noua generație de vitamina D3 naturală sub formă de microemulsie intră instantaneu în fluxul sanguin, oferind un efect imediat și permanent



Vitamina D3 sub formă de microemulsie asigură eficiența maximă de absorbție a vitaminei în organism - până la 95% comparativ cu vitamina D3 din comprimate sau picături



Vitamina D3 naturală îmbogățită cu xilitol care susține sănătatea orală și dentară

Mai multe informații puteți afla consultând website-ul: [www.sanience-d3.ro](http://www.sanience-d3.ro)



- Pentru susținerea sistemului osos în timpul sarcinii;
- Vitală în primul ani de viață;
- Pentru sănătatea oaselor și a dinților;
- Previne riscul deformărilor osoase.



- Pentru susținerea imunității organismului;
- Menținerea funcției normale a sistemului muscular;
- Menținerea concentrațiilor normale de calciu din sânge.



- Rol protector împotriva unor boli cronice;
- Pentru sănătatea oaselor;
- Reduce riscul fracturilor osoase;
- Pentru menținerea funcțiilor cognitive;
- Pentru prevenirea autoimunității și bolilor cronice (asociate cu nivel scăzut de vitamina D).



Sanience D3 Spray conține Vitamina D3 naturală



Nu conține organisme modificate genetic



Nu conține coloranți, gluten alcool



Suficient pentru 4 luni de utilizare

## ABSORBȚIE SUPERIOARĂ FORMELOR CLASICE

Sanience D3 Spray

+93%

+50%

Alte forme farmaceutice clasice

conform studiilor clinice

# BTL CARDIPOINT ABPM

## MONITORIZARE AMBULATORIE A TENSIUNII ARTERIALE

**BTL CardiPoint ABPM** este singurul dispozitiv ambulator de monitorizare a tensiunii arteriale care oferă rezultate precise și fiabile, fiind conceput pentru a măsura tensiunea arterială în timpul activității zilnice și în timpul somnului.

### Ușor de utilizat

Este dispozitiv ambulator, ușor și compact în greutate, proiectat să fie utilizat în timpul activității zilnice și în timpul somnului.

### Fiabil în la pacienți

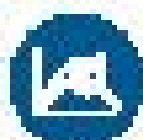
Minimizează erorile asociate măsurării tensiunii arteriale prin utilizarea unui algoritmi de detecție în timp real, bazat pe algoritmi avansați, pentru a elimina erorile asociate cu măsurarea tensiunii arteriale în timpul somnului și în timpul activității zilnice. Este aprobat de FDA, CE și IEC.

### Evoluarea în domeniul sănătății

Este dispozitiv ambulator de monitorizare a tensiunii arteriale care este proiectat să fie utilizat în timpul activității zilnice și în timpul somnului, oferind rezultate precise și fiabile.



**Evaluare  
automată**



**Interpretarea  
immediată a datelor**



**Utilizare adulți  
și copii**





# ELECTROCARDIOGRAFE

## CALITATE EXCELENTĂ A SEMNALULUI PENTRU O EVALUARE PRECISĂ

### Instrumente de diagnostic

**ECG. Certificat:** al clinică în-casa cu 4-afecțiunile pentru a vă pune stăpânire pe cele mai recente instrumente - canal ECG-clinic și instrumente-valoră de diagnosticare, instrumente-strict personalizat din-casa-voastră, specific sau standard.

### Acces la datele de arhivă

Împărtășirea ECG este disponibilă-și-este în-casa de diagnosticare-și-este în-casa de în-casa-computer și control din-casa și chiar și în-casa standard Practic, ECG-Certificat și-este în-casa de diagnosticare-și-este în-casa de în-casa.

### Medicină conectivă

Conectivitatea electronică este conectivitatea de tipul-și-este în-casa de în-casa.



Monitorizare ECG  
24/7



Test  
24/7



Medicină  
24/7



Medicină  
24/7



# Lactoferina ca potențial tratament preventiv și adjuvant pentru COVID-19

Raymond Ghang<sup>1</sup>, Tzi Bun Nzi<sup>2</sup>,  
Wei-Zen Sun<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Institute of East-West Medicine

<sup>2</sup>Chinese University of Hong Kong

<sup>3</sup>National Taiwan University Hospital

## Abstract

The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic is rapidly advancing across the globe despite drastic public and personal health measures. Antivirals and nutritional supplements have been proposed as potentially useful against severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), the novel corona virus that causes COVID-19, but few have been clinically established. Lactoferrin (Lf) is a naturally occurring, non-toxic glycoprotein that is orally available as a nutritional supplement and has established in vitro antiviral efficacy against a wide range of viruses, including SARS-CoV, a closely related coronavirus to SARS-CoV-2. Furthermore, Lf possesses unique immunomodulatory and anti-inflammatory effects that may be especially relevant to the pathophysiology of severe COVID-19 cases. Here we review the underlying biological mechanisms of Lf as an antiviral and immune regulator, and propose its unique potential as a preventative and adjunct treatment for COVID-19. We hope that further research and development of Lf nutritional supplementation would establish its role for COVID-19.

## Abstract

Pandemia bolii coronavirus 2019 (COVID-19) a avansat rapid pe tot globul, în ciuda măsurilor drastice de sănătate publică și personală. Antivirale și suplimente nutritive au fost propuse ca fiind potențial utile împotriva SARS-CoV-2, dar puține au fost stabilite clinic. Lactoferina (Lf) este o glicoproteină netoxică naturală, disponibilă oral ca supliment nutrițional și care a stabilit eficacitatea antivirală in vitro împotriva unei game largi de virusi, inclusiv SARS-CoV, un coronavirus strâns legat de SARS-CoV-2. Mai mult, Lf posedă efecte imunomodulatoare și antiinflamatorii unice, care pot fi relevante în special pentru fiziopatologia cazurilor severe de COVID-19. Aici revizuim mecanismele biologice subiacente ale Lf ca antiviral și regulator imun și propunem potențialul său unic ca tratament preventiv și adjuvant pentru COVID-19. Sperăm că cercetarea și dezvoltarea suplimentară a suplimentelor nutritive cu Lf i-ar stabili rolul pentru COVID-19.

latoare și antiinflamatorii unice, care pot fi relevante în special pentru fiziopatologia cazurilor severe de COVID-19. Aici revizuim mecanismele biologice subiacente ale Lf ca antiviral și regulator imun și propunem potențialul său unic ca tratament preventiv și adjuvant pentru COVID-19. Sperăm că cercetarea și dezvoltarea suplimentară a suplimentelor nutritive cu Lf i-ar stabili rolul pentru COVID-19.

## Lactoferina

Lf este o glicoproteină pleiotropă, care se leagă cu fier, din familia transferrinei, care este exprimată și secretată de celulele glandulare și se găsește în majoritatea fluidelor corporale [7]. Apare la concentrații deosebit de mari în laptele de mamifer și a fost identificat pentru prima dată în laptele de bovine [8] și ulterior a fost izolat din laptele uman [9]. Este o glicoproteină de 80 kDa care conține 703 reziduuri de aminoacizi a căror structură primară a fost bine caracterizată.

De la descoperirea sa, Lf și peptidele sale conexe sunt considerate în principal a fi molecule de apărare nespecifice importante împotriva unei varietăți de agenți patogeni, inclusiv o gamă de virusi [5]. Rolurile antiinflamatorii și imunomodulatoare ale Lf au câștigat un interes științific din ce în ce mai mare, deoarece pare să fie capabil să modereze răspunsul gazdei la infecții și are dubla capacitate de a stimula sistemul imunitar să contracareze invazia patogenă, prevenind simultan imunitatea dăunătoare a gazdei și răspunsuri inflamatorii.

## Lactoferina ca agent antiviral cu spectru larg

Activitatea antivirală a Lf a fost demonstrată pentru prima dată la șoarecii infectați cu o tulpină a complexului virusului Friend care induce policitemia în anii 1980 [10]. Începând cu anii 1990, lista virusurilor umane patogene susceptibile la Lf, descoperite a fi inhibitate de Lf, s-a extins pentru a include virusuri goale și învelite, precum și virusuri ADN și ARN, inclusiv citomegalovirusul, virusul herpes simplex, virusul imunodeficienței

umane (HIV), rotavirus, poliovirus, virus sincițial respirator, virusul hepatitei B, virusul hepatitei C (VHC), virusul parainfluenza, alfavirusul, hantavirusul, papilomavirusul uman, adenovirusul, enterovirusul 71, echovirusul 6, virusul gripei A și virusul encefalitei japoneze, cu valorile EC50 vitro (concentrația efectivă maximă la jumătate) în general în domeniul micromolar [11,12]. Deosebit de relevantă pentru revizuirea actuală este capacitatea Lf de a inhiba SARS-CoV pseudotip cu o concentrație inhibitoare de 50% (IC50) de 0,7 μM [13], deoarece coronavirusul uman este cel mai strâns legat de SARS-CoV-2, care cauzează COVID-19.

## Lactoferina ca agent imunomodulator și antiinflamator

Lf are acțiuni imunomodulatoare [23] și antiinflamatorii [24] care pot juca un rol în fiziopatologia infecțiilor severe. Rolul imunomodulator provine din potențialul său de a menține homeostazia imunitară și fiziologică și de a limita deteriorarea țesuturilor prin modularea citokinelor, chemokinelor și receptorilor de suprafață celulară implicați în cascade de căi de semnalizare [25]. Un concept actualizat și suprapus de „furtună de citokine” reflectă în mod similar hiperinducerea răspunsurilor inflamatorii rezultate din activarea imunitară necontrolată [28], pe care grupul Kruzel și alții au propus că Lf ar putea să o trateze [25].

Lf a fost investigat într-o serie de situații clinice împotriva sepsisului. Recent, o meta-analiză a 10 studii controlate randomizate care au implicat 3679 de sugari a concluzionat că Lf reduce sepsisul cu debut tardiv la sugarii prematuri [31]. Separat, un Lf recombinant uman, talactoferina, a fost studiat într-un studiu clinic de fază 2 pentru a evalua rezultatul în septicemia severă și s-a constatat o reducere cu 12,5% a mortalității prin toate cauzele la cei tratați cu talactoferină [32], dar rezultatele au fost regretabile nu a fost replicat într-un studiu de fază de urmărire 2/3 [33].

### Lactoferina ca potențial tratament preventiv și adjuvant pentru COVID-19

S-a descoperit că Lf inhibă intrarea virală prin legarea de HSPG de suprafața celulară gazdă în coronavirus murin [34], precum și coronavirusuri umane hCoV-NL63 [35] și SARS-CoV pseudotip [13]. Relevante sunt rezultatele recente raportate de Serrano și colab. că un supliment liposomal de Lf bovin care conține 32 mg de Lf administrat la patru până la șase doze pe zi timp de 10 zile cu zinc de 10 mg de două până la trei ori pe zi a dus la recuperarea 100% a 75 de pacienți simptomatici SARS-CoV-2 pozitivi în 4–5 zile și același tratament în doză mai mică a apărut pentru a preveni boala în contactele sănătoase [38].

Gândirea actuală sugerează că mortalitatea cauzată de COVID-19 nu se datorează pur și simplu infecției virale, ci este rezultatul unui sindrom de furtună de citokine la pacienți selectați asociați cu hiperinflamare care duce la suferință respiratorie acută și mortalitate ulterioară [39]. Un profil de citokine în cazurile severe de COVID-19 se caracterizează prin creșterea citokinelor și a reactanților în fază acută, cum ar fi interleukina 6 (IL-6), factorul de necroză tumorală-alfa (TNF $\alpha$ ) și feritina. S-a demonstrat că Lf reduce IL-6 și TNF $\alpha$  [40] și că reglează feritina [41] în condiții experimentale care simulează sepsisul. Dacă ipoteza că Lf poate modula un răspuns imun și inflamator hiperactiv la infecția virală este corectă, atunci Lf ar putea fi un tratament adjuvant candidat pentru cazurile mai severe de COVID-19.

### Discuție

Lf poate fi recombinantă sau derivată în mod natural din surse bovine sau de mamifere și este considerat de Administrația SUA pentru Alimente și Medicamente (FDA) ca fiind „recunoscut în general ca sigur” (GRAS), fără contraindicații. Este utilizat pe scară largă ca aditiv nutrițional în formulele pentru sugari, iar studiile clinice au utilizat doze de Lf variind de la 100 mg la 4,5 g pe zi pentru diferite indicații fără toxicități aparente. Au fost explorate formulări mai noi de Lf, inclusiv încapsularea și liposomalizarea [38,42], și derivații Lf și peptidul înrudit, cum ar fi lactofericina și lactoferamina cu proprietăți antivirale mai puternice, sunt explorate și dezvoltate [5].

O altă observație interesantă este că



lactoferina saturată de zinc poate exercita aparent un efect antiviral mai puternic. În experimentele cu poliovirus, s-a observat că doar lactoferina saturată de zinc, și nu lactoferina saturată de fier, a inhibat infecția virală atunci când a fost incubată cu celule după atașarea virală, iar inhibiția s-a corelat direct cu gradul de saturație a zincului [45]. Acest lucru are o relevanță deosebită în COVID-19, deoarece suplimentarea cu zinc a fost propusă ca o posibilă intervenție suplimentară pentru boală [46].

Se poate lua în considerare utilizarea Lf atât ca supliment non-toxic de sănătate pentru prevenirea infecției, cât și ca tratament adjuvant pentru cei care au dezvoltat COVID-19. Utilizarea combinată cu succes a acesteia pentru îmbunătățirea tratamentelor antivirale convenționale în bolile virale a fost demonstrată împotriva VHC [22], precum și într-un studiu recent împotriva SARS-CoV-2 [38] și potențialul său de a reduce mortalitatea datorată inflamației induse de citokine iar insuficiența respiratorie în cazul grav de COVID-19 este sugerată și de studii de laborator, animale și clinice.

### Concluzie

S-au realizat multe progrese pentru a elucida funcția multifacetică a Lf în ultimii 30 de ani, ca antiviral, precum și ca moleculă antiinflamatoare și imunomodulatoare unică. Am prezentat raționamentul experimental, precum și cel clinic pentru utilizarea sa în COVID-19, dar sunt necesare experimente suplimentare pentru a verifica inhibarea SARS-CoV-2, precum și studii clinice pentru a elucida doza și eficacitatea pentru a confirma potențialul Lf pentru Prevenirea SARS-CoV-2 și tratamentul COVID-19.

### Referințe

- Bruni N, Capucchio MT, Biasibetti E, Pessione E, Cirrione S, Giraud L. Antimicrobial activity of lactoferrin-related peptides and applications in human and veterinary medicine. *Molecules*. 2016;21:752. doi: 10.3390/molecules21060752. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Levy PF, Viljoen M. Lactoferrin: a general review. *Haematologica*. 1995;80:252–267. [PubMed] [Google Scholar]
- Sorensen M, Sorensen SPL. The proteins in whey. *C R Trav Lab Carlsb Ser Chim*. 1940;23:55–99. [Google Scholar]
- Johanson B, Virtanen AI, Tveit RC, Dodson RM. Isolation of an iron-containing red protein from human milk. *Acta Chem Scand*. 1960;14:510–512. doi: 10.3891/acta.chem.scand.14-0510. [CrossRef] [Google Scholar]
- Lu L, Hangoc G, Oliff A, Chen LT, Shen RN, Broxmeyer HE. Protective influence of lactoferrin on mice infected with the polycythemia-inducing strain of Friend virus complex. *Cancer Res*. 1987;47:4184–4188. [PubMed] [Google Scholar]
- Ng TB, Cheung RCF, Wong JH, Wang Y, Ip DT, Wan DCC. Antiviral activities of whey proteins. *Appl Microbiol Biotechnol*. 2015;99:6997–7008. doi: 10.1007/s00253-015-6818-4. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Wakabayashi H, Oda H, Yamauchi K, Abe F. Lactoferrin for prevention of common viral infections. *J Infect Chemother*. 2014;20:666–671. doi: 10.1016/j.jiac.2014.08.003. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Lang J, Yang N, Deng J, Liu K, Yang P, Zhang G. Inhibition of SARS pseudovirus cell entry by lactoferrin binding to heparan sulfate proteoglycans. *PLoS One*. 2011;6:e23710. doi: 10.1371/journal.pone.0023710. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Siqueiros-Cendón T, Arévalo-Gallegos S, Iglesias-Figueroa BF, García-Montoya IA, Salazar-Martínez J, Rascón-Cruz Q. Immunomodulatory effects of lactoferrin. *Acta Pharmacol Sin*. 2014;35:557–566. doi: 10.1038/aps.2013.200. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Bayave S, Ellass E, Mazurier J, Spik G, Legrand D. Lactoferrin: a multifunctional glycoprotein involved in the modulation of the inflammatory process. *Clin Chem Lab Med*. 1999;37:281–286. doi: 10.1515/CCLM.1999.049. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Actor JK, Hwang SA, Kruzel ML. Lactoferrin as a natural immune modulator. *Curr Pharm Des*. 2009;15:1956–1973. doi: 10.2174/138161209788453202. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Behrens EM, Koretzky GA. Review: cytokine storm syndrome: looking toward the precision medicine era. *Arthritis Rheumatol*. 2017;69:1135–1143. doi: 10.1002/art.40071. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]





# Phlebodia®

Comprimate filmate 600 mg DIOXANĂ

*Phlebodia*

Inregistrat în Farmacopiea Europeană

*Oferă*  
**picioarelor tale**  
libertatea pe care o merită



O dată pe zi<sup>(1)</sup> doza optimă<sup>(2)</sup>

**Ameliorare efectivă a simptomelor venoase<sup>(1)</sup>**

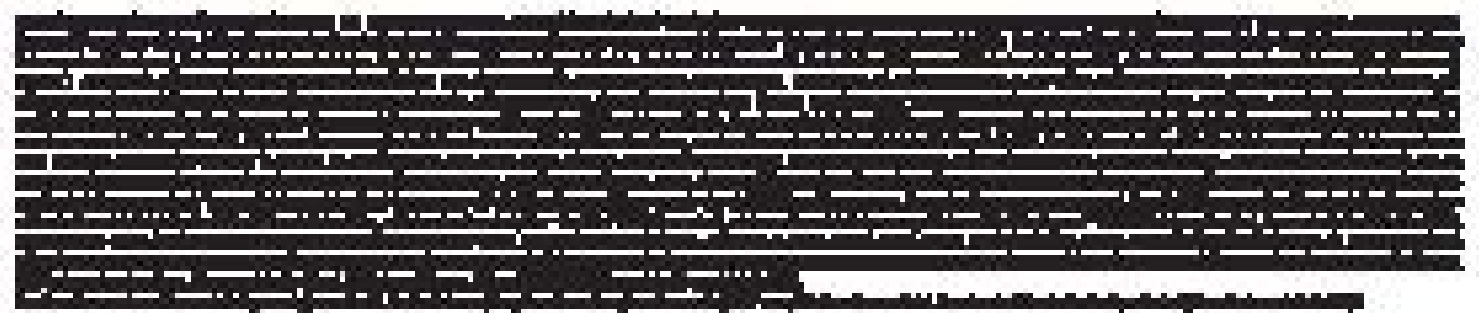
**Nivel superior de satisfacție ca urmare a tratamentului<sup>(4)</sup>**

**Phlebodia® 600 mg, comprimate filmate - este indicat pentru:**

- ameliorarea simptomelor venoase (umflături, greutatea piciorilor, durerea, căderea piciorului, mâncărimi)
- întărirea venoză - însoțită sau nesociată cu insuficiență venoză
- întărirea și susținerea în cazul insuficienței venozelor din cauza hipertensiunii venozelor

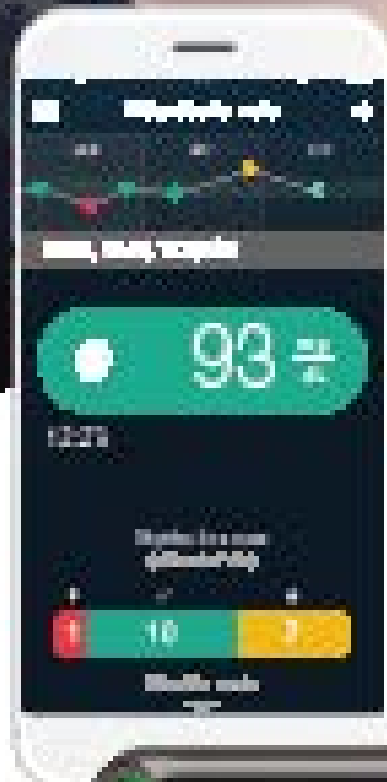
Pentru informații suplimentare, consultați prospectul la orice farmacie, în regiile noastre și pe [www.laboratoriimotech.com](http://www.laboratoriimotech.com)

Phlebodia® este un medicament care conține DIOXANĂ 600 mg. Este un medicament care este indicat pentru ameliorarea simptomelor venoase (umflături, greutatea piciorilor, durerea, căderea piciorului, mâncărimi) și pentru întărirea venoză însoțită sau nesociată cu insuficiență venoză. Este un medicament care este indicat pentru întărirea și susținerea în cazul insuficienței venozelor din cauza hipertensiunii venozelor. Este un medicament care este indicat pentru ameliorarea simptomelor venoase (umflături, greutatea piciorilor, durerea, căderea piciorului, mâncărimi) și pentru întărirea venoză însoțită sau nesociată cu insuficiență venoză. Este un medicament care este indicat pentru întărirea și susținerea în cazul insuficienței venozelor din cauza hipertensiunii venozelor.

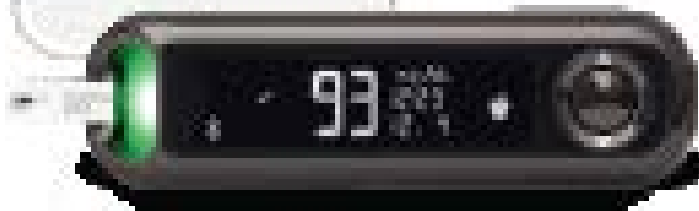


**Contour**  
ADVANCED CARE

Noul glucometru CONTOUR®PLUS ELITE.  
Lumina călăuzitoare pentru  
gestionare ușoară a diabetului.



**Nou**



# Noul glucometru **CONTOUR®PLUS ELITE**

Precizie ridicată<sup>1</sup> și ușor de folosit,  
Funcțiile pe care le doriți de la un glucometru<sup>2</sup>



Funcția smartLIGHT® oferă feedback instantaneu al măsurătorilor glucozei, ajutând la înțelegerea ușoară a semnificației valorilor

- Fără configurare inițială\*\*\*
- Intervațe țintă personalizate
- Valori medii pe glucometru



Sistemul CONTOUR®PLUS ELITE a dovedit că oferă o precizie ridicată\*\*



- Buzona de caudex mică, ușor de utilizat
- Sora cu soră mare, vizibil



Handișoare inovative pentru Recolare Second-Chance®, areți la dispoziție 60 de secunde pentru a aplica mai mult sânge la aceeași bandă și poate ajuta la economisirea bandajelor



Aplicația CONTOUR®DIABETES opțională, gratuită, este ușor de utilizat și intuitivă, asociată cu un control glucozei instantanee



<sup>1</sup> Precizia este măsurată în funcție de valoarea măsurată și este exprimată în termeni de erori absolute. Pentru mai multe informații, vizitați [www.accu-check.com](http://www.accu-check.com).  
<sup>2</sup> Pentru mai multe informații, vizitați [www.accu-check.com](http://www.accu-check.com).  
<sup>3</sup> Pentru mai multe informații, vizitați [www.accu-check.com](http://www.accu-check.com).  
<sup>4</sup> Pentru mai multe informații, vizitați [www.accu-check.com](http://www.accu-check.com).

# Neuropatia în prediabet

## Prediabetic neuropathy

Prediabetes is associated with an increased incidence of both diabetes-specific micro- and macrovascular complications: autonomic neuropathy, peripheral neuropathy, retinopathy, nephropathy, and an increase in cardiovascular events and mortality from any cause, compared with people with normal tolerance to glucose.

**Prof. Dr. Gabriela Radulian,**

**Drd. Claudia Sivu**

Universitatea de Medicină și Farmacie  
„Carol Davila”, București, România

**P**revalența estimată a prediabetului (glicemia bazală modificată, toleranța alterată la glucoză sau ambele) începe să fie în ultimii ani similară cu cea a diabetului zaharat de tip 2, devenind epidemii globale majore, cu un important impact economic. Federația Internațională de Diabet (IDF) proiectează o creștere a prevalenței diabetului la nivel mondial la 471 milioane de cazuri până în anul 2035 și 548 milioane până în 2045, adică 8.6% din populația adultă a globului. Doar la nivelul SUA, povara economică a prediabetului depășește 43 miliarde de dolari anual.

Diagnosticul precoce al prediabetului și, mai important, al complicațiilor care apar încă din perioada toleranței alterate la glucoză, este esențial pentru a preveni progresia acestor complicații și rata ulterioară crescută a morbidității și a mortalității.

Prediabetul se asociază cu o incidență crescută atât a complicațiilor micro- cât și macrovasculare specifice diabetului: neuropatie autonomă, neuropatie periferică, retinopatie, nefropatie și o creștere a evenimentelor cardiovasculare cât și a mortalității de orice cauză, în comparație cu persoanele care prezintă toleranță normală la glucoză. În consensul internațional de la Toronto, diagnosticul cert de neuropatie necesită prezența a cel puțin un simptom și/sau semn al neuropatiei, alături de anomalii ale conducerii nervoase. Deficitul fibrelor nervoase subțiri care implică sensibilitatea termică, dureroasă și autonomă

sunt primele afectate de valorile crescute ale glicemiei (poate să apară durere continuă sau episodică ca o manifestare precoce a neuropatiei, în absența altor modificări clinice), mai apoi urmând a fi afectate fibrele nervoase groase, implicate în sensibilitatea proprioceptivă, vibratorie și funcția motorie (implicarea fibrelor nervoase groase apare în timp, o dată cu evoluția bolii).

Cele mai uzuale metode de testare pentru screening, diagnostic și reevaluare implică examenul fizic și testarea senzorială cantitativă (efectuată cu ajutorul diapazonului de 128 Hz, a monofilamentului Semmes-Weinstein de 10 g) – acestea sunt ușor de utilizat, ieftine – cu toate acestea, aceste metode de testare identifică neuropatia în stadiu tardiv și ireversibil, când nu se mai poate interveni. Trebuie menționat că monofilamentul Semmes-Weinstein de 10 g detectează doar pierderi senzoriale foarte severe și prin urmare, nu ar trebui să fie singura modalitate de evaluare. O altă dovadă a apariției mai tardive a modificărilor fibrelor nervoase groase este faptul că studiile care implică evaluarea vitezei de conducere nervoasă nu decelează diferențe între persoanele cu toleranță alterată vs. toleranță normală la glucoză.

Biopsia cutanată și microscopia confocală corneeană sunt două tehnici care pot cuantifica deteriorarea precoce a fibrelor nervoase mici, alături de termografia plantară și conductanța electrochimică a pielii. Standardul de aur actual pentru diagnosticul leziunilor fibrelor mici în neuropatie este evaluarea fibrelor nervoase intraepidermice dintr-un eșantion mic de piele prelevate din gambă distal și ulterior colorarea cu PGP9.5 și studierea prin imunohistochimie sau imunofluorescență.

Aplicarea unei baterii de teste, chestionare și examinări nu este fezabilă în practica clinică a medicului din ambulatoriul de diabet, iar aici se încadrează de asemenea și biopsia cutanată.

Microscopia confocală a corneei ”in vivo” pe de altă parte este o tehnică de imagistică neinvazivă, rapidă, care poate prezice dezvoltarea și progresia neuropatiei, cu o capacitate de diagnosticare crescută, mai ales când este combinată cu algoritmi de învățare bazată pe inteligență artificială, și are astfel potențialul de a fi implementată la nivel populațional. Tehnica este utilizată pentru a evalua plexul nervos sub-bazal de sub epiteliul bazal al corneei, folosește un fascicul de lumină care este focalizat în stratul de cornee examinat; este o tehnică sofisticată dar nu dificil de utilizat cu un personal experimentat. În plus, detectează regenerarea fibrelor nervoase la pacienți cu neuropatie diabetică, care precede îmbunătățirea simptomelor și a neurofiziologiei.

Prevalența neuropatiei în prediabet variază foarte mult, cu estimări de la 2% până la 77%, în funcție de metoda de testare folosită (anamneză, chestionare, examen fizic, evaluare cantitativă), numărul



de pacienți pe care s-au realizat studiile, zona geografică.

Testarea cu ajutorul dispozitivului Neurometru R (care măsoară pragul de percepție a curentului la cele patru membre cu 3 frecvențe diferite) a raportat o prevalență de 58%. Studiile care au măsurat cantitativ sensibilitatea vibratorie au estimat prevalența între 10-14%. Studiile care au evaluat funcția fibrelor nervoase subțiri (sensibilitatea termică, termografia plantară, potențialul evocat de durerea termică de contact) au raportat prevalențe mai mari, între 18-77%. Studiile care au folosit doar examinarea fizică ca metodă de evaluare au raportat cifre între 12-16%.

Studiile care au combinat toate metodele mai sus amintite (examen clinic, chestionare, evaluare cantitativă) au decelat o prevalență de până la 11%, care s-a situat într-o zonă de mijloc, între prevalența neuropatiei la persoanele cu toleranță normală la glucoză (3.9%) și cele cu diabet zaharat de tip 2 (25.8%).

De asemenea, femeile cu prediabet au avut o prevalență mai mare, semnificativă statistic, a neuropatiei periferice, diferență care nu a fost semnificativă statistic în cazul toleranței normale la glucoză sau a diabetului de tip 2 deja instalat.

În ceea ce privește tipul de prediabet (glicemia bazală modificată - IFG, toleranța alterată la glucoză - IGT sau combinația dintre acestea două), prevalența cea mai mare a fost raportată la combinația IFG + IGT față de acestea izolate (19% vs. 16% în cazul IFG și 13% în cazul IGT).

Neuropatia autonomă cardiacă (CAN) este asociată independent cu ischemia miocardică silențioasă, evenimentele cardiovasculare majore, disfuncția miocardică și mortalitatea cardiovasculară, fiind o complicație gravă dar subdiagnosticată a diabetului, care poate să apară și în stadiile incipiente ale disglucemiei, cu agravare progresivă a funcției cardiace. Factorii de risc pentru CAN sunt hiperglicemia, dislipidemia, hipertensiunea arterială, obezitatea și circumferința abdominală în afara țintelor.

Majoritatea studiilor raportează o prevalență a neuropatiei autonome în prediabet între 20-40%, mai mare decât în populația generală normoglicemică. Un studiu de mari dimensiuni realizat de Ziegler și colaboratorii a decelat o prevalență de 9% în prediabet și de 4.5% la subiecții normoglicemici. Din păcate, o estimare reală a prevalenței la nivel de populație generală nu este fezabilă, din cauza naturii eterogene a studiilor efectuate. Există o nevoie clară de a estima real prevalența CAN la nivel populațional, prin teste standardizate, datorită ratei ridicate de morbiditate și mortalitate asociate; în ciuda riscului crescut, screeningul CAN nu este efectuat de rutină, ca parte a evaluărilor periodice pentru diabet sau prediabet. Detectarea precoce a CAN este de o importanță majoră, deoarece este ușor reversibilă la persoanele cu prediabet printr-un control glicemic bun și ameliorarea sindromului metabolic care modulează disfuncția autonomă.

## În concluzie

Indiferent de metoda de testare, cert este că cifrele au arătat o prevalență mai mare a neuropatiei în prediabet față de populația generală, fapt ce demonstrează că prediabetul este un factor de risc pentru apariția neuropatiei și ulterior a morbidităților asociate. Metodele uzuale de screening al piciorului (monofilament, diapazon) au totuși o sensibilitate scăzută în detectarea neuropatiei, iar pentru detectarea leziunilor precoce ar trebui să se folosească o combinație de instrumente de screening pentru a putea fi îmbunătățită sensibilitatea diagnosticului. Testarea și diagnosticarea precoce a prediabetului și complicațiilor sale este de importanță majoră pentru a putea interveni multifactorial cu scopul de a opri și inversa modificările apărute.

## Bibliografie selectivă:

1. Kirthi V., Perumbalath A., Brown E., et al. Prevalence of peripheral neuropathy in prediabetes: a systematic review. *BMJ Open Diabetes Research and Care* 2021; 9: e020240.
2. Nemeth N., Putz Z., Istenes I., et al. Is there a connection between postprandial hyperglycaemia and IGT related sensory nerve dysfunction? *NMCD* 2017 May; 27(7):P609-614.
3. Rianneke de Ritter, Simone JS Sep, Carla JH van der Kallen, et al. Sex differences in the association of prediabetes and type 2 diabetes with microvascular complications and function: the Maastricht Study. *Cardiovascular Diabetology* 20, 102 (2021).
4. Sabrina Schlesinger, Manuela Neuschwander, Janett Barbaresko, et al. Prediabetes and risk of mortality, diabetes-related complications and comorbidities: umbrella review of meta-analyses of prospective studies. *Diabetologia* 65, 275-285 (2022).
5. Frank Preston, Yanda Meng, Jamie Burgess, et al. Artificial intelligence utilising corneal confocal microscopy for the diagnosis of peripheral neuropathy in diabetes mellitus and prediabetes. *Diabetologia* 65, 457-466 (2022).
6. Lindsay A Zillox, James W Russell. Is there cardiac autonomic neuropathy in prediabetes? *AutonNeurosci.* 2020 Dec; 229: 102722.
7. Nikolaos Papanas, Aaron Vinik, Dan Ziegler. Neuropathy in prediabetes: does the clock start ticking early? *Nature Reviews Endocrinology* 7, 682-690 (2011).
8. Nikolaos Papanas, Dan Ziegler. Prediabetic neuropathy: does it exist? *Curr Diab Rep.* 2012 Aug; 12(4):376-83.
9. Aikaterini Eleftheriadou, Scott Williams, Sarah Nevitt, et al. The prevalence of cardiac autonomic neuropathy in prediabetes: a systematic review. *Diabetologia* 64, 288-303 (2021).
10. Peng-Fei Xia, Yu-Wan Tian, Ting-Ting Geng et al. Trends in prevalence and awareness of prediabetes among adults in the US, 2005-2020. *Diabetes Care* 2022; 45:e21-e23.
11. Gidon Bonhof, Christian Herder, Alexander Strom, et al. Emerging biomarkers, tools, and treatments for diabetic polyneuropathy. *Endocrine Reviews*, volume 40, Issue 1, feb 2019, 153-192.

# Screening-ul pentru cancerul colorectal – de la vorbe la fapte

## Colorectal cancer screening, from words to acts

Cancerul colorectal reprezintă una dintre principalele cauze de deces în România. Screening-ul populațional pentru această boală poate reprezenta șansa la viață pentru mulți pacienți, deoarece depistarea precoce a cancerului colorectal sau a leziunilor precanceroase permite intervenții terapeutice eficiente. Proiectul de screening ROCCAS II București-Ilfov cofinanțat prin Fondul Social European prin Programul Operațional Capital Uman, POCU/757/4/9/136824, reprezintă un prim pas pentru ceea ce ar trebui să fie un program național de screening pentru cancerul colorectal.



**Dr. Daciana Toma**

Medic primar medicină  
de familie, coordonator medical  
în proiectul ROCCAS II

**C**olorectal cancer remains one of the leading deaths causes in Romania. Population screening represents a real chance to life as early detection of colorectal cancer or precancerous lesions allow effective treatment interventions.

The ROCCAS II Bucharest-Ilfov screening project co-financed by the European Social Fund through the Human Capital Operational Program, POCU / 757/4/9/136824, is a first step towards what should be a national colorectal cancer screening program.

În 03 februarie 2022, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) faptul că, la nivel mondial, cancerul este în continuare una dintre cauzele principale de deces. În 2020 aproximativ 10 milioane de decese au fost atribuite cancerului, cele mai frecvente fiind cancerul mamar, pulmonar, colorectal și de prostată.

Pentru România, conform OMS, cancerul colorectal ocupă locul al doilea ca incidență (13,3%) și cauză de mortalitate (12,4%), după cancerul pulmonar.

Cu toate acestea, România este printre puținele țări din Europa în care nu există un program național de screening pentru cancerul colorectal.

În acest context, desfășurarea proiectului „Furnizarea serviciilor de sănătate din programele de prevenție, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al leziunilor precanceroase colorectale - ROCCAS II -Bucuresti-Ilfov”, reprezintă o șansă pentru pacienți și o oportunitate pentru medicii implicați.

Proiectul este cofinanțat prin Fondul

Social European prin Programul Operațional Capital Uman, axa prioritară 4: incluziunea socială și combaterea sărăciei, contract nr. POCU/757/4/9/136824.

Parteneri în acest proiect sunt Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Carol Davila” (SUUMC) și COPAC (Coaliția Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice din România).

Obiectivul proiectului îl reprezintă screening populațional pentru depistarea precoce a cancerului colorectal la persoanele cu vârstă cuprinsă între 50-74 de ani, cu domiciliu stabil sau de reședință în București sau Ilfov.

Vor beneficia de servicii de prevenție și screening 50001 pacienți, dintre care minim 53% aparțin grupurilor vulnerabile.

Din grupurile vulnerabile fac parte:

- persoane sărace;
- lucrători pe cont propriu în agricultură;
- persoane din mediul rural;
- persoane din centre de plasament sau anterior instituționalizate;
- persoane care au părăsit sistemul de protecție a copilului;
- persoane fără adăpost;
- cetățeni români aparținând minorității rome;
- persoane cu dizabilități
- femeii care au copii cu dizabilități;
- persoane care suferă de dependență de alcool și alte substanțe toxice;
- victime ale traficului de ființe umane;
- persoane care nu au documente de identitate;
- persoane din familii monoparentale;
- persoane victime ale violenței domestice;
- persoane lipsite de libertate sau aflate sub control judiciar
- persoane aflate în evidențele serviciilor de probațiune
- persoanele neasigurate

Accesul pacienților în proiect se face cu ajutorul medicilor de familie (MF) afiliați la proiect.

Fluxul de lucru presupune câteva etape distincte:

- prima consultație la MF – ocazie cu care se face înrolarea, înregistrarea datelor și stabilirea gradului de risc pentru cancer colorectal prin efectuarea anamnezei și aplicarea unui chestionar. Pacienții cu risc înalt sunt îndrumați direct pentru endoscopie digestivă inferioară (colonoscopie) în cadrul Centrului regional de screening (SUUMC). Pacienții cu risc standard primesc testul FIT (test imunochimic fecal)

- pacientul face recoltarea la domiciliu și returnează testul la cabinet. Testele sunt ridicate de la cabinet de către reprezentanții cabinetului.

- a doua consultație la MF – se discută rezultatul testului și se decid măsurile ulterioare. Dacă rezultatul testului este pozitiv, pacientul este îndrumat pentru efectuarea colonoscopiei la SUUMC. Dacă rezultatul testului este negativ, pacientul primește recomandări legate de stilul de viață și i se recomandă repetarea testării peste doi ani.

Avantajele participării sunt multiple:

- pentru pacienți – posibilitatea de a efectua screening-ul pentru cancerul colorectal, de a beneficia de servicii de înaltă calitate, iar în viitor, de a participa la screening-uri pentru alte patologii
- pentru medicii de familie – profesionale – diversificarea activității și întărirea legăturii cu pacienții, dar și beneficii materiale.

Afilierea la proiect este facilă, iar echipele de suport ale partenerilor oferă sprijin medicilor și pacienților pe tot parcursul derulării proiectului.

Ținând cont de faptul că este vorba despre o boală pentru care se poate interveni eficient cu condiția să fie depistată precoce, că practic pot fi salvate vieți, implicarea în acest proiect ar trebui să fie o prioritate pentru MF.

Informații suplimentare despre proiect se pot găsi pe site-ul proiectului <https://screeningroccas2-bif.ro/> sau folosind adresa de mail adresa de email [roccas2-mf@scumc.ro](mailto:roccas2-mf@scumc.ro).

## Ecograf portabil E-Cube i7, Alpinion

Cu un design inovator și capac glisant pentru tastatură, E-CUBE i7 oferă performanțe de imagine remarcabil de excelente și confort pentru medii clinice optime. Versatil, cu aplicații și tehnologii specifice imagisticii din care rezultă imagini de foarte bună calitate.

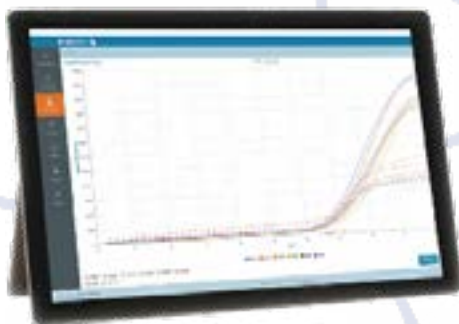
**ALPINION**  
MEDICAL SYSTEMS

Tehnologii și aplicații: Advanced Spatial Compounding Imaging, Harmonic Imaging, Speckle Reduction Imaging, Live HQ™, Tissue Doppler Imaging, Crystal Signature™, Needle Vision™, Xpeed™, Panoramic Imaging, CUBE View™, etc.



## Sistem POCT Fluxergy

Fluxul de lucru Fluxergy este ideal pentru utilizare în laborator. Aplicabilitate de testare rapidă pentru camerele de urgență, procedurile de ambulatoriu, îngrijirea de urgență, screeningul la locul de muncă, testarea mobilă și setările de testare la nivel comunitar. Dispozitiv destinat exclusiv utilizării de către personalul medical.



Rezultate oferite în maxim 1 oră (15-60 de minute în funcție de test)  
Sistem compus din: Card Fluxergy, Analizor Fluxergy și soft de lucru Fluxergy

Avantaje	Testare a mai multor parametrii
	• Utilizare de consumabile ieftine
	• Oferă rezultate rapide, acționabile
	• Marcaj CE IVD

**FLUXERGY** 



Proton Impex 2000 SRL

**Proton Impex 2000 SRL**

63, Trilului Street, 030401 Bucharest;

**Tel/Fax:** +40.21.224.5281;

**E-mail:** office@proton.com.ro

**Website:** http://proton.com.ro

www.imagisticamedicala.ro

www.shimadzumedical.ro

# Hepatita virală C o poveste de succes Testează-Tratează-Vindecă-Monitorizează!

## Hepatitis C virus (HCV), chronic infection HCV, screening, treatment, cure

Hepatitis C virus (HCV) infection is a global health problem that can progress to cirrhosis and end-stage liver disease in a significant number of patients. Chronic HCV infection often follows a progressive course over many years and can ultimately result in cirrhosis, hepatocellular carcinoma, and the need for liver transplantation. Taking into account that it is frequently asymptomatic, screening is essential for detection and treatment improvement in case of infected individuals. Romania has a very high prevalence of chronic HCV infection (estimated at 2.7%) and therefore, it is highly recommended for all adults  $\geq 18$  years to be screened at least once for chronic HCV infection. Currently, in the eastern and southern part of Romania, two pilot projects for screening viral B/C/D hepatitis are in progress. Family doctors have an important role in those projects. They make people aware of the importance of screening, register them in the electronic system, use rapid tests designed to detect the infection and are in charge with the counselling after testing. The new treatment for chronic infection with HCV consists of pangenotypic pills which can cure the infection at a high rate (90-100%). Those are the reasons why there is hope regarding the eradication of this infection in the near future. That is why I strongly believe in the importance of screening, treatment, curing and monitoring of people.



**Dr. Mihaela Udrescu**

Medic primar MF, Medic specialist gastroenterologie, Coordonator național grup de lucru GastRO al SNMF

**H**epatita virală tip C este o boală răspândită în lume și reprezintă o problemă de sănătate publică pentru oricare sistem sanitar.

Agentul etiologic al hepatitei virale tip C a fost descoperit în 1989 iar diagnosticul serologic al hepatitei C s-a efectuat pentru prima oară în anul 1990. VHC este un virus ARN hepatotrop aparținând familiei Flaviviridilor.

Din punct de vedere epidemiologic se estimează că VHC afectează 180 de milioane de persoane la nivel mondial ceea ce înseamnă 2.5-3% din populația globului, respectiv 14-17 milioane de persoane în Europa ceea ce este aproximativ 2% din populația adultă și peste 550,000 de persoane în România în acest moment adică 2.7% din populația adultă (prevalență calculată pe baza proiecției temporale a datelor epidemiologice dintr-un studiu populațional desfășurat în 2008).

România se încadrează la țările cu prevalență înaltă a acestei infecții (2,7%). Acest lucru demonstrează faptul că popu-

lația României se încadrează în criteriile de screening populațional organizat pentru această afecțiune (screeningul fiind recomandat pentru o prevalență peste 2% a infecției în populația adultă conform ghidurilor de practică actuale).

Cu alte cuvinte, orice cetățean din România are recomandare de testare anti-HCV pentru identificarea infecției cu VHC.

VHC determină 70% din hepatitele cronice, 45% din cirozele hepatice, 70% din cazurile de hepatocarcinom și 40-50% din indicațiile de transplant hepatic în lume.

După infecția acută cu VHC 80% din persoanele infectate evoluează spre infecție cronică cu VHC, iar 20% se vindecă spontan (anti HCV pozitiv, viremie nedetectabilă).

Prevalența este crescută în grupul de vârstă 45-75 de ani și la sexul feminin (în special grupul de femei care au efectuat avorturi ilegale în perioada comunistă).

În România, infecția VHC reprezintă principala cauză a hepatitelor cronice virale (64%), cirozei hepatice (59%) și o indicație frecventă de transplant hepatic (aproximativ 1/3 din indicații).

Pe termen lung, aproximativ jumătate dintre pacienții cu hepatită cronică C vor dezvolta boală hepatică în stadiul avansat respectiv ciroză hepatică iar 1-5% vor dezvolta anual carcinom hepatocelular (HCC).

**Istoria naturală a infecției cronice cu virus hepatitic C (VHC)- UpToDate**



Prin detectarea precoce a infecției cu VHC, tratarea urmată de vindecarea bolii, putem preveni 1 evoluție spre boală hepatică avansată la 8 persoane cu hepatită cronică cu VHC.

De aici reiese rolul important al medicului de familie în identificarea precoce a persoanelor cu infecție cronică cu VHC care sunt total asimptomatice la momentul diagnosticării.

Clinic nu există manifestări specifice infecției cu virusul hepatitei C (VHC).

Aproximativ 90% dintre pacienții cu hepatită cronică C sunt asimptomatici, iar examenul obiectiv este normal.

Durerea în hipocondrul drept este relativ frecvent întâlnită (aproximativ 50% din cazuri).

Manifestările extrahepatice sunt prezente la 40-75% dintre pacienți.

Cele mai frecvente sunt nespecifice și constau în astenie, greață, anorexie, disconfort abdominal, artralgii, mialgii,

prurit, depresie, tulburări cognitive (dificultăți de memorie și concentrare).

Aproximativ 2-5% din pacienții cu infecție cronică C prezintă manifestări extrahepatice specifice, majoritatea induse de complexe imune circulante:

- purpură (1.5%),
- vasculită sistemică (1%),
- lichen plan (1%),
- sindrom sicca (1%),
- fenomen Raynaud (1%),
- porfiriea cutanea tardă (0.2%).

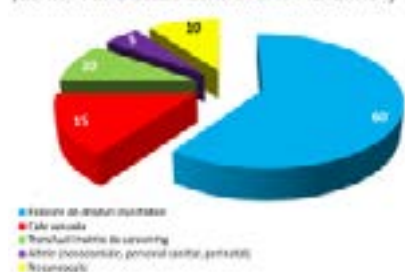
Căile de transmitere ale infecției cu virus hepatic C trebuie recunoscute de medicul de familie printr-o anamneză țintită a pacientului, putând astfel recomanda testarea anti-HCV.

Principala cale de transmitere a virusului hepatitei C este sângele infectat.

Virusul rezistă între 16 ore și 4 zile în condițiile mediului exterior, de aceea există posibilitatea de infectare nu doar prin injecții sau alte proceduri care înțepă pielea, ci și prin contact accidental cu sânge de pe suprafețe sau obiecte contaminate.

Virusul se poate transmite prin transfuzii, dar din 1992 de când a fost introdusă testarea obligatorie a sângelui transfuzabil, riscul este foarte redus. Însă persoanele care au primit transfuzii sanguine înainte de această dată, au indicație de testare anti-HCV.

Surse ale infecției cu virus hepatic C  
(Center for Disease Control and Prevention)



**Pentru diagnosticul infecției cronice cu VHC, medicul de familie poate recomanda tuturor pacienților cu suspiciune de infecție cu virus hepatic C efectuarea anticorpilor anti-VHC cu bilet de trimitere la laborator, începând cu anul 2018.**

Cui poate recomanda medicul de familie testare de markeri de hepatită virală?

La pacienți cu dovezi clinice, biochimice sau imagistice de afectare hepatică

- Cu afecțiuni hepatice cunoscute și pentru care nu s-au efectuat testare de markeri virali

- Cu antecedente personale (APP) sau heredo-colaterale (AHC) de suferințe hepatice semnificative
- Cu analize de laborator modificate (hepatocitoliză, colestază, icter etc)
- Cu modificări ecografice (steatoză, semne de hipertensiune hepatică, etc)
- Cu semne indirecte de infecție VHC (manifestări extrahepatice de tip: porfiriea cutanată tardă, crioglobulinemie mixtă, lichen plan, eritem nodos, artrite, sindrom Sjogren, glomerulonefrite membrano-proliferative, purpura trombocitopenică idiopatică)

La pacienți din categoriile cu risc expunere la infecția cu virusul hepatic C

- Utilizatori de droguri cu administrare intravenoasă
- Infecție HIV
- Donatorii de organe, țesuturi, sânge
- Cei care au primit transfuzii de sânge înainte de 1992
- Femei cu avorturi înainte de 1990
- Persoanele care primesc terapie imunosupresoare
- Persoanele cu stadii finale de afectare renală (hemodializații)
- Gravidele/Copii cu mame cu infecție cronică cu VHC
- Persoane care folosesc în comun cu un purtător al infecției VHC obiecte personale (lame sau aparate de ras, periute de dinți, forfecuțe/set manichiură/pedichiură, brici) sau materiale înțepătoare (ace)
- Persoane cu tatuaje/ piercing efectuate în condiții improprii
- Personal la risc (sanitar, din unități de îngrijire, din poliție, salvatorii șamd)
- Persoane cu accidente grave cu răni deschise
- Persoane cu contacte sexuale neprotejate cu parteneri multipli
- Persoane care au suferit manevre stomatologice sângerânde
- Persoane născute în țări cu prevalență peste 2% a infecției cu VHC

În țara noastră sunt în plină desfășurare 2 proiecte pilot de screening al hepatitelor virale B/C/D la nivel național denumite LIVERO 2. Acestea se desfășoară în 24 de județe ale țării din sudul și estul țării.

Medicul de familie este un element important în cadrul acestor proiecte pilot de screening populațional, realizând prima etapă de screening, care constă în

înrolarea persoanelor eligibile în proiect, testarea acestora cu ajutorul testelor rapide de depistare a infecției cu virusuri hepatice B și C și consilierea persoanelor testate.

Până în acest moment au fost screenate aproximativ 70.000 de persoane în 7 luni de proiect, urmând ca până la finalul anului 2023 să fie screenate 240.000 de persoane.

Aproximativ 70% din pacienții cu hepatită cronică C prezintă transaminaze crescute (de regulă ALT<2xN), în timp ce 30% au transaminaze persistent/intermitent normale.

**NU există o corelație între nivelul transaminazelor și gradul injuriei hepatice.**

**Diagnosticul** hepatitei cronice C este realizat pe

- teste serologice (indică expunerea la VHC),
- teste moleculare pentru detecția ARN VHC și genotiparea virală
- examen histopatologic (de regulă, prin puncție biopsie hepatică) sau teste non-invazive (elastografie, biomarkeri) pentru evaluarea fibrozei.

**Evaluarea severității bolii** anterior terapiei antivirale are ca scop

- selecția regimului terapeutic (combinație, durată)
- evaluarea prognosticului și probabilității de răspuns la tratament
- monitorizarea pacienților post-tratament.

**Evaluarea severității bolii** hepatice se poate realiza invaziv (biopsie hepatică) sau non-invaziv (prin utilizarea metodelor elastografice sau biomarkerilor).

**Puncția biopsie hepatică** este utilizată în diagnosticul diferențial sau evidențierea altor cauze de afectare hepatică (co-infecția VHB, sindrom metabolic, boala alcoolică hepatică, hepatita autoimună).

**Metodele non-invazive** pentru evaluarea fibrozei hepatice sunt din ce în ce mai frecvent utilizate în practică în ultimii 5-10 ani.

**Testele biologice** au o acuratețe înaltă pentru identificarea pacienților cu fibroză avansată F3-F4.

**Metodele elastografice**, bazate pe utilizarea tehnologiei ultrasonografice, permit evaluarea fibrozei cu acuratețe de

80-95%; elastografia tranzitorie (FibroScan) este metoda cea mai larg utilizată și validată și acceptată actual de protocoalele în vigoare pentru inițierea terapiei antivirale.

**Alte metode elastografice** ultrasonografice ca Shear Wave Elastography (SWE) (VTQ and Elast PQ) sau 2D-SWE sau elastografia RMN sunt utile în evaluarea fibrozei hepatice.

**Combinăția dintre elastografie și biomarkeri îmbunătățește acuratețea testelor non-invasive în situațiile neconcludente și limitează și mai mult utilitatea biopsiei hepatice.**

**Complicațiile infecției cronice cu VHC** sunt ciroza hepatică și complicațiile acesteia (ascita, icter, hemoragie digestivă, encefalopatie hepatică etc.), insuficiența hepatică și HCC (1-4% pe an după apariția cirozei)

**Factorii de risc asociați cu progresia accelerată a fibrozei sunt:**

- sexul masculin
- vârsta înaintată la momentul infecției
- steatoza asociată
- co-infecția virusul hepatitei virale B (VHB) sau HIV
- prezența unor comorbidități (diab. z. etc.)
- factori genetici
- consumul excesiv de alcool
- nivelul persistent crescut al transaminazelor

**Tratamentul etiologic** al hepatitei cronice tip C are ca scop prevenirea progresiei afectării hepatice la boală hepatică avansată (ciroză, ciroză cu decompensare, hepatocarcinom) precum și prevenirea complicațiilor extrahepatice.

Prin dispariția virusului detectabil în sânge (ARN VHC nedetectabil) se obține un răspuns viral susținut (RSV) și implicit prevenirea răspândirii infecției virale C.

**Lipsa de răspuns** este definită ca ARN VHC detectabil în oricare moment în cursul terapiei, iar recăderea este definită ca reapariția ARN VHC seric după întreruperea tratamentului la pacienții care au avut un ARN VHC nedetectabil la sfârșitul terapiei.

Toți pacienții cu infecție cronică virală C și viremie detectabilă necesită terapie antivirală, indiferent de stadiul fibrozei, stadiul compensat/decompensat al bolii hepatice, nivelul viremiei, experiența terapeutică anterioară etc.

Din anul 2014 au fost descoperite și folosite în tratamentul hepatitei cronice C regimurile interferon-free care combină diferite antivirale cu acțiune directă (DAA).

**Tratamentul cu DAA determină rate de RVS de 90-100%**, inclusiv la pacienții cu fibroză avansată/ciroză, genotip 1, viremii mari, eșec terapeutic anterior, transplantați, co-infecția HIV, sindrom metabolic șamd.

Tratamentul cu DAA are o durată scurtă (12-24 de săptămâni), este bine tolerat, este cu administrare orală ceea ce a condus la o complianță crescută la tratament din partea pacienților.

**Reacțiile adverse** sunt rar întâlnite și sunt de tipul fatigabilitate, cefalee, greață, hiperbilirubinemie, prurit și determină întreruperea prematură a terapiei la mai puțin de 5% dintre pacienți.

**Contraindicațiile** sunt limitate toate regimurile care DAA fiind contraindicate în ciroza decompensată, iar toate regimurile care conțin sofosbuvir sunt contraindicate în insuficiența renală severă stadiul 4 și 5

**Interacțiunile medicamentoase** sunt numeroase și reprezintă cea mai importantă provocare la pacienții tratați cu DAA.

**DAA nu se administrează concomitent cu antiretrovirale, Omeprazol, Rifampicina, contraceptive tip etinil-estradial, statine (Simvastatin, Atorvastatin, Lovastatin), amiodaronă, carbamazepină, fenitoină, fenobarbital, antifungice, macrolide, sunătoare etc.**

Toate interacțiunile medicamentoase cunoscute ale DAA pot fi găsite pe site-ul Universității Liverpool (Liverpool HEP iChart; [www.hep-druginteractions.org](http://www.hep-druginteractions.org))

Majoritatea regimurilor cu DAA actuale și de viitor sunt regimuri pangenotipice care constau într-o singură tabletă administrată zilnic timp de 8-12 săptămâni cu rate de eficacitate (RVS) de 95-100% pentru toate categoriile de pacienți cu infecție VHC.

Din păcate, nu exista vaccin pentru acest tip de infecție, ci numai metode ne-specifice de a preveni boala.

De aceea este importantă prevenția iar în cazul infectării accidentale este recomandată depistarea rapidă a bolii și tratarea acesteia.

Post tratament pacientul va fi monitorizat semestrial de medicul său de familie cu analize de sânge uzuale și analize specifice pentru funcția hepatică.

De asemenea se recomandă efectuarea unei ecografii semestriale unui astfel de pacient.

Iată că după 33 de ani de la identificarea virusului hepatitic C, medicina modernă pare să fi rezolvat această gravă problemă de sănătate publică.

A fost descoperită o terapie inovatoare, cu rezultate spectaculoase, ușor de administrat și foarte bine tolerată.

În peste 95% din cazuri după finalizarea curei de trei luni de tratament, virusul este nedetectabil în sânge și se observă o regresie a afectării ficatului.

Acest răspuns la terapie se menține o perioadă îndelungată de timp făcând din hepatita cronică tip C o boală vindecabilă.

Povestea infecției cu virus hepatitic C este astăzi una cu happy-end.

Dacă observați factorii de risc la un pacient, testați!

Dacă se confirmă boala, tratați!

După vindecare semestrial, monitorizați!

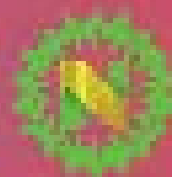
Hepatita C este astăzi o afecțiune vindecabilă!

## Bibliografie

1. World Health Organization. Web Annex B. WHO estimates of the prevalence and incidence of hepatitis C virus infection by WHO region, 2015. In: Global hepatitis report 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277005/WHO-CDS-HIV-18.46-eng.pdf> (Accessed on May 21, 2019).
2. Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance for Viral Hepatitis – United States, 2015. <https://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/2015surveillance/commentary.htm> (Accessed on May 12, 2017).
3. World Health Organization (WHO): Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection (2018)
4. WHO: Guidelines on hepatitis B and C testing (2017)
5. World Gastroenterology Organisation (WGO): Practice guideline on hepatitis C (2017)
6. WGO: Practice guideline for the management of acute viral hepatitis (2003)
7. EASL Guidelines. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2016. *J Hepatol* 2017; 66: 153-194
8. Gheorghe L, Csiki IE, Iacob S, Gheorghe C, Smira G, Regep L. The prevalence and risk factors of hepatitis C virus infection in adult population in Romania: A nationwide survey 2006-2008. *J Gastrointest Liver Dis* 2010; 19: 373-380
9. Grigorescu M, Radu C, Pascu O, et al. Etiological profile of chronic hepatitis and liver cirrhosis in Romania. A multicentre study. *Rom J Gastroenterol* 2001; 10: 199-204
10. <https://icfundeni.ro/anunt-lansare-proiect-livero2-sud-program-regional-de-prevenire-screening-si-diagnostic-al-pacientilor-cu-boli-hepatice-cronice-secundare-infectiilor-virale-cu-virusuri-hepatice-bd-si/>

# LIPOZOMAL GLUTATHION CAPSULE

Hypermarket



- 1. Menținerea integrității membranelor celulare, reproducerea și protecția mitocondriilor;
- 2. Nivelul de glutatoni din SNC este redus până la 50% în pacienții cu boala Alzheimer, Parkinson, scleroză multiplă și epilepsie;
- 3. Menținerea funcționalității liposomilor este asigurată prin utilizarea tehnologiei inovative;
- 4. Glutatul este necesar pentru sinteza și participă în regenerarea celulei, inclusiv în regenerarea pielii.

- Tehnologia inovativă LipoCellTech® de înlocuire liposomilor naturali;
- Liposomi cu apă și sare trece fără schimb chimic, absorbție rapidă, înțepătură și presiune ridicată;
- Dimensiunea optimă a liposomilor de 173 nm în conferă absorbție celulară rapidă.



# LIPOZOMAL CURCUMIN CAPSULE

Hypermarket

CAPSULE



- 1. Extractul de Curcuma Longa blochează factorii nocivi NF- $\kappa$ B, a moleculei care se deplasează în nucleul celulei și activează genele responsabile de procesul inflamator în boala neurodegenerativă precum Alzheimer sau Parkinson, și începe în dezvoltarea cancerului;
- 2. Stabilizarea nivelului liposomilor și inhibarea sintezei fosfolipidelor cu greutate moleculară scăzută împiedică interacțiunea toxică a acestor liposomi cu membrana celulară și asigură protecția celulei corpului.



## Corectează disbioza prin modularea microbiotei intestinale!



Acest material promotional este destinat produselor pentru diagnosticul și tratamentul disbiozei intestinale. Necesită o prescripție medicală în conformitate cu indicațiile de utilizare pe etichetă și este disponibil doar pe prescripție medicală. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rețeaua de distribuție a produsului în România sau să contactați Alfasigma România. Produsele din domeniul de competență sunt supuse raportare, orice reacție adversă suspectată și orice reacție de intoleranță se raportează la Agenția Națională de Medicament și la Agenția Națională de Medicament și la Dispozitivul Medical din România prin site-ul DAAP: [alfasigma.ro](http://alfasigma.ro)

**Alfasigma România S.R.L.**  
str. Clujana Măriei, nr. 18, parter și etaj 1, sector 5, București  
tel.: 031.800.33.36, 031.800.30.37, fax: 031.800.33.38  
e-mail: [info.ro@alfasigma.com](mailto:info.ro@alfasigma.com)

**ALFASIGMA** 





# ZirComBi

Favorizează și susține  
echilibrarea microbiotei intestinale!

Conținut: amoxicilină pe bază de hidrocortisonmăgnez 2000\* (2 milioane per doză), clindamicină hemihidrat 2000 (1 milion) per doză și vitamina B12 cu acid ascorbic 100 mg\*.

\*100% valoare nutritivă de referință.



# Zir-FOS®

Pentru reechilibrarea  
microbiotei intestinale

Conținut: amoxicilină pe bază de hidrocortisonmăgnez 2000\* (2 milioane per doză), fosfați de neomicină, tetraciclina și ampicilină de sodiu 2000\* (1 mg), 2000\* (1 mg), 2000\* (1 mg), 2000\* (1 mg).

\*100% valoare nutritivă de referință.

Este un produs prescripțional care trebuie utilizat numai de către medicul curant. ZirComBi și Zir-FOS sunt un echilibru algerian. Corpul se poate recupera în 2 săptămâni de la utilizarea produselor de antibiotice. Este important să se continue cu utilizarea acestor produse până la sfârșitul tratamentului și să se evite consumul de alcool și alimente bogate în zahăr și sare pentru a evita apariția de bacterii rezistente. Este important să se continue cu utilizarea acestor produse până la sfârșitul tratamentului și să se evite consumul de alcool și alimente bogate în zahăr și sare pentru a evita apariția de bacterii rezistente.

Alfasigma România S.R.L.

Str. Constantin Brâncuși, nr. 18, sector 5, București

tel.: 021.408.38.38, 021.408.38.37, fax: 021.408.38.38

e-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA 

# Constipația cronică

Constipația cronică este definită de emisia a mai puțin de 3 scaune pe săptămână, pentru o durată mai mare de 3 luni. Încetinirea tranzitului intestinal este asociată cu dificultăți la defecație, senzație de evacuare incompletă, efort crescut la defecație sau durere abdominală în timpul scaunului.



Asist. Univ.  
Dr. Cosmin Ciora

Medic primar gastroenterologie,  
Spitalul Clinic Fundeni

**O**biectiv se constată emisia unui număr scăzut de scaune, materii fecale cu conținut scăzut de apă și o durată a defecației mai mare cu 25% față de situația anterioară.

Frecvența crește cu vârsta și este în medie de 2%-4% între 65-75 de ani și de 6-7% peste 75 ani). Constipația cronică este de 3 ori mai frecventă la femei decât la bărbați. Consistența normală a scaunului este asigurată de apă într-un procent de 70%. Scăderea conținutului de apă sub 60% duce la încetinirea tranzitului și apariția constipației. În mod normal, greutatea scaunului variază între 35 - 500 g/24h în funcție de dietă. O scădere sub 35 g/24h va duce sigur la apariția constipației.

Constipația cronică apare fie prin încetinirea tranzitului colonic, fie prin tulburarea defecației. Încetinirea tranzitului colonic poate avea drept cauză tulburarea activității miogene, tulburări ale sistemului nervos enteral, tulburări congenitale (boala Hirschsprung), leziuni câștigate (infecțioase, toxic-medicamentoase) sau leziuni ale sistemului nervos simpatic și parasimpatic. Tulburările defecației pot apărea la pacienți cu neuropatie diabetică, oncologici sau la cei cu rectocel anterior asociat sau nu cu ruptură de perineu.

Este important să facem diferența între constipația cronică organică și cea funcțională.

Constipația funcțională are durată mai lungă (de obicei ani de zile), pacientul este stabil ponderal (variația greutății

nu depășește 5 kg). Disconfortul care o însoțește se ameliorează sau dispare după defecație.

Constipația organică are durată scurtă de la instalare (sub 3 luni), cu debut relativ brutal, scădere ponderală importantă (peste 5 kg). Paraclinic, asociază prezența sindromului inflamator, anemiei și hipoalbuminemiei.

Diagnosticul se poate pune prin explorări radiologice (irigografie, tranzit baritat), colonoscopie, demonstrarea încetirii tranzitului intestinal sau a tulburărilor defecației (manometrie, defecograma).

Pacienții cu constipație cronică pot dezvolta complicații colonice sau extracolonic. Astfel, aceștia pot prezenta pseudo-obstrucție colonică acută (Sd. Ogilvie), distensie abdominală, prolaps rectal, ulcer recto-sigmoidian, hemoroizi sau diverticuloza colonică. Acești pacienți pot dezvolta mai frecvent infecții urinare, hernie inghinală, hernie gastrică transhiatală sau boala de reflux dacă vorbim despre complicațiile extracolonic.

După stabilirea caracterului funcțional al constipației pacientul este sfătuit să fie mai activ încurajându-se hidratarea corespunzătoare și mișcarea fizică, precum și respectarea pe cât posibil a orarului defecației. Regimul dietetic trebuie să conțină fibre vegetale bogate în celuloză și pectine care produc un reziduu colonic important. Tratamentul medicamentos are la bază utilizarea de laxative (induc emisia unui scaun normal la 8 - 12 ore de la administrare) sau purgative (elimină tot conținut intestinal la 2-6 ore de la administrare). Se pot utiliza și preparate cu administrare rectală. Ele acționează ca emolient pentru materiile fecale dure, declanșând reflexul de defecație. Pot fi sub formă de supozitor sau microclismă, dar

au efect doar pe constipația de evacuare.

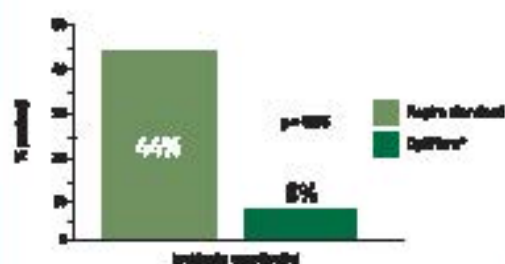
Dacă sunt prezente caracteristici ale constipației cronice organice, pacientul trebuie neapărat îndrumat către medicul specialist pentru investigații suplimentare, principala cauză a acesteia fiind neoplasmul colonic. Principala investigație recomandată este colonoscopia totală care oferă și posibilitatea prelevării de biopsii din eventualele leziuni de pe colon.

## Bibliografie

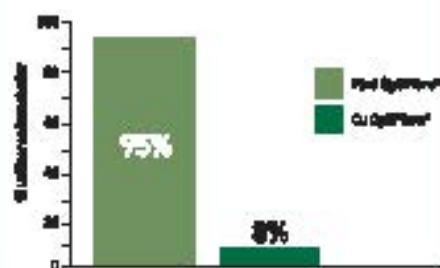
1. Feldman M, et al. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. 9th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2010. <http://www.mdconsult.com/books/about.do?eid=4-u1.0-B978-1-4160-6189-2..X0001-7--TOP&isbn=978-1-4160-6189-2&about=true&uniql=229935664-2192>. Accessed April 5, 2019.
2. Ferri FF. Practical Guide to the Care of the Medical Patient. 8th ed. Philadelphia, Pa. Mosby Elsevier; 2010. [www.mdconsult.com/books/page.do?eid=4-u1.0-B978-0-323-07158-1..00003-1--s8700&isbn=978-0-323-07158-1&sid=1411661283&uniql=403732597-3#4-u1.0-B978-0-323-07158-1..00003-1--s8715](http://www.mdconsult.com/books/page.do?eid=4-u1.0-B978-0-323-07158-1..00003-1--s8700&isbn=978-0-323-07158-1&sid=1411661283&uniql=403732597-3#4-u1.0-B978-0-323-07158-1..00003-1--s8715). Accessed April 5, 2016
3. Duncan A, Hill PG. A UK survey of laboratory-based gastrointestinal investigations. *Ann Clin Biochem.* 2009 Jul;35(Pt 4):492-503.
4. Talley NJ, Phillips SF, Melton LJ, Mulvihill C, Wiltgen C, Zinsmeister AR. Diagnostic value of the Manning criteria in irritable bowel syndrome. *Gut.* 2020 Jan;31(1):77-81.
5. Bytzer P, Stokholm M, Andersen I, Lund-Hansen B, Schaffalitzky de Muckadell OB. Aetiology, medical history, and faecal weight in adult patients referred for diarrhoea. A prospective survey. *Scand J Gastroenterol.* 2018 Jun;25(6):572-578.
6. Gherasim L, Oproiu A. *Tratat de medicina interna*, 381-408, Editura Medicala 1999

**OptiFibre® conține 100% gumă de guar parțial hidrolizată (PHGG) și este dovedit clinic că reduce constipația și ajută la reglarea tranzitului intestinal.<sup>1,2</sup>**

OptiFibre® stimulează peristaltismul și frecvența mișcărilor intestinale, fără a determina diaree.<sup>3</sup>



Consumul de OptiFibre® reduce nevoia utilizării de laxative.<sup>4</sup>



**40% dintre pacienți au observat o îmbunătățire a tranzitului intestinal după primele 2-3 zile, iar 87% în mai puțin de o săptămână.<sup>5</sup>**

Cui se recomandă

**OptiFibre**



Adulți și copii cu vârsta peste 3 ani



Femei însărcinate sau care alăptază



Vârstnici/persoane care suferă de diabet

Recomandările de administrare

Se recomandă administrarea de OptiFibre® treptat, începând cu 1 măsură pe zi. Dacă este necesar, se crește consumul treptat, cu o măsură la fiecare 3 zile. Odată ce tranzitul intestinal s-a reglat, nu mai creșteți numărul de măsuri pe zi.

Zilă	Număr de lingurițe de OptiFibre®				
	Adulți și copii > 11 ani			Copii 3-10 ani	
	Omelette	Prăj	Sare	Omelette	Sare
1-3	1			1/2	
4-6	1		1	1/2	1/2
de la ziua 7	1	1	1	1	1
	Doză maximă 3g			Doză maximă 3g	

Se recomandă administrarea regulată de OptiFibre® pentru minimum 3 săptămâni, pentru un efect susținut.

OptiFibre® are o toleranță bună și poate fi administrat pe termen lung fără efecte adverse.<sup>6,7</sup>

Avantajele

**OptiFibre**



**100% din porțiunile OptiFibre® este 100% de origine vegetală, nu conține gluten, zahăr, arome sau îndulcitori artificiali.**



**Good taste:** OptiFibre® se dizolvă complet și nu are gust sau miros.



**May be added:** OptiFibre® poate fi amestecat în lichide sau alimente moi, calde sau reci (ex.: apă, keurt, piure).

**87% dintre consumatorii care au testat OptiFibre® au fost mulțumiți de efectele acestuia.**

**Bibliografie**

1. Geczi S, et al. La Clinica Terapeutica. 2001;15(1):21-25. 2. Kasper HC et al. J Functional Foods. 2012;3(2):46-51. 3. Hermann HR, et al. Clinica Nutrition Supplements 2004; 4. Pothos PG, et al. J Am Diet Assoc. 1996; 96: 912-914. 6. Inoue research, May 2012. 6. Sarhan C et al. Long-term fiber intervention program. Journal of the American Dietetic Association 2005; 105(6):922. 7. Kasper H et al. Ernährungswissenschaften und Diätetik. 12., überarb. Aufl. 2004; Elsevier, Urban & Fischer 2014.



**Medisal**  
dispozitive medicale



**PESTE 3000  
DE PRODUSE**



**Vă așteptăm la sediul nostru  
cu showroom și spații  
dublate de depozitare!**



**CALITATE ȘI  
FIABILITATE**



**LIVRARE  
RAPIDĂ**



**TEL: 0265 211 411**

**FAX: +40 763 211 412**

**EMAIL: OFFICE@MEDISAL.RO**

**TÂMBULEȘTI, STR. GHEORGHE ȘOJA NR. 234**

**www.medisal.ro**

# Vitamina D și rolul acesteia în organism

Vitamina D, vitamină liposolubilă sintetizată în organism sub acțiunea razelor ultraviolete și existentă în unele alimente, are un rol important în homeostazia calciului. Efectul său principal este de creștere a absorbției intestinale a calciului și fosforului, esențiale în procesul de mineralizare osoasă. Conform studiilor, absorbția maximă a calciului se produce la valori ale 25-hidroxitaminei D 25(OH)D- peste 32 ng/ml. La nivel osos, acțiunea vitaminei D este dependentă de doză: în doze fiziologice acționează pe osteoblast crescând sinteza matricei proteice, în doze mari crește recrutarea locală de osteoclaste prin diferențierea lor din preosteoclaste, având acțiune prerezorbtivă. Concomitent intervine și în mineralizarea normală a matricei proteice, stimulând sinteza de osteocalcină.

## Șef lucrări Dr. Monica Popescu

UMF Carol Davila  
Medic primar Medicină Internă,  
specialist Reumatologie

**R**eceptori pentru vitamina D au fost descoperiți și la nivelul celulelor sistemului imun, sugerând ipoteza că vitamina D ar putea modula funcția imună cu potențial de a influența riscul de apariție sau evoluție a bolilor autoimune.

Vitamina D are și alte efecte: modulează funcția neuromusculară, metabolismul glucozei, precum și o serie de gene ce codifică proteine reglatoare ale proliferării celulare, diferențierii și apoptozei.

Principalul indicator al statusului vitaminei D este reprezentat de concentrația serică de 25(OH)D. Valori sub 30 ng/ml sunt considerate insuficiente, iar nivele sub 20 ng/ml definesc deficitul de vitamina D.

Nu există dovezi care să recomande screening-ul pentru deficit de vitamina D la populația adultă asimptomatică, acesta fiind indicat numai pentru populația la risc: pacienți cu osteoporoză, sindrom de malabsorbție, obezitate, boală cronică de rinichi, populația africană sau hispanică.

Dozele zilnice necesare menținerii unui nivel optim de vitamina D variază în funcție de vârstă, de obicei fiind cuprinse între 600 și 2000 UI/zi.

Deficitul de vitamina D este întâlnit în special la vârstnicii instituționalizați (reducerea capacității de sinteză a vitaminei D la nivelul pielii, reducerea timpului de expunere la soare, dietă inadecvată). Studiile recente demonstrează însă o prevalență destul de ridicată a deficitului de vitamina D și în rândul adulților tineri sănătoși.

Alți factori de risc sunt reprezentați de concentrația crescută de melanină în epidermă, malabsorbția grăsimilor, obezitate, post intervenții chirurgicale bariatrice (by pass).

Țesutul osos este un țesut dinamic cu remodelare continuă prin cuplarea rezorbtiei osoase sub acțiunea osteoclastelor cu formarea de os nou efectuată de osteoblaste. Osteoporoză este o boală caracterizată prin compromiterea rezistenței osoase, cu risc mult crescut de fractură.

Procese normale care se desfășoară la nivelul osului și mențin starea funcțională normală a acestuia depind și de structura și de funcția normală a musculaturii scheletice.

Aceasta asigură echilibrul și tonusul postural care determină reducerea riscului de cădere. Vitamina D are rol și în dezvoltarea și creșterea normală a fibrelor musculare, nivelele inadecvate de vitamina D reducând forța musculară și cauzând slăbiciune musculară.

Tratamentul deficitului de vitamina D reduce riscul de fracturi de șold și fracturi non vertebrale. O metaanaliză a 6 studii clinice însumând 49.282 de vârstnici a pus în evidență că suplimentarea cu vitamina D (400 IU sau 800 UI/zi) și calciu (800 mg/zi sau 1.200 mg/zi) pe un termen mediu de 5.9 ani, a redus riscul pentru orice tip de fractură cu 6% și riscul de fractură de șold cu 16%.

O altă metaanaliză (Boonen) raportează că suplimentarea de vitamina D și calciu reduce cu 18% riscul de fractură de șold la femeile postmenopauză și bărbați peste 50 ani. Majoritatea trial-urilor demonstrează o eficiență a efectului antifracură pentru doze de 800 UI vitamina D3 /zi.

Rezultatele metaanalizei Bischoff-Ferrari, evaluând eficacitatea vitaminei D în prevenția fracturilor de șold și non vertebrale la persoane peste 65 de ani, a arătat o protecție eficientă dependentă de doză. În această metaanaliză, dozele peste 400UI/zi, independent de administrarea de calciu, au redus riscul de fractură cu cel puțin 20% la persoane peste 65 de ani.

Tratamentul deficitului de vitamina D a dovedit că îmbunătățește densitatea minerală osoasă. O analiză a Third Național Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) a arătat o corelație pozitivă între nivelele circulante de 25(OH)D și densitatea minerală osoasă.

Suplimentarea de vitamina D este asociată cu reducerea riscului de cădere și ameliorarea forței musculare la vârstnici (reducere a căderilor cu aproape 22%).

Un studiu efectuat de către cercetătorii de la Universitatea din Oslo, având ca participanți sportivi ce au primit diferite doze de vitamina D din D-Pearls Pharma Nord sau placebo a arătat că vitamina D din D-Pearls, atât în doze mari, cât și în doze mici, a fost bine absorbită de participanți, în timp ce sportivii care au primit placebo au avut un conținut neschimbat de vitamina D în sânge.

Pe lângă efectele vitaminei D în reumatologie, patologia oncologică, afecțiunile cardiovasculare, diabetul zaharat, scleroza multiplă și, în ultimii ani, infecția cu virusul

SARS COV 2, sunt de asemenea influențate pozitiv de nivelele de vitamina D.

În concluzie, vitamina D rămâne un element important în tratamentul osteoporozei, reprezentând de asemenea o medicație adjuvantă utilă în diverse alte patologii.

## Bibliografie:

1. Vitamin D Deficiency and Related Disorders Questions & Answers Updated: Dec 15, 2020. Vin Tangpricha, MD, PhD; Chief Editor: Romesh Khardori, MD, PhD
2. Institute of Medicine, Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Washington, DC: National Academy Press, 2010.
3. Sempos CT, Heijboer AC, Bikle DD, Bollerslev J, Bouillon R, Brannon PM, et al. Vitamin D assays and the definition of hypovitaminosis D. Results from the First International Conference on Controversies in Vitamin D. Br J Clin Pharmacol 2018;84:2194-207. [PubMed abstract]
4. Lefevre ML. Screening for vitamin deficiency in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2015;162:133-40. [PubMed abstract]
5. MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2011;96:1911-30. [PubMed abstract]
6. Rosen CJ, Abrams SA, Aloia JF, Brannon PM, Clinton SK, Durazo-Arvizu RA, et al. IOM committee members respond to Endocrine Society vitamin D guidelines. J Clin Endocrinol Metab 2012;97:1146-52. [PubMed abstract]
7. Holick MF. Vitamin D deficiency. N Engl J Med 2007;357:266-81. [PubMed abstract]
8. Quesada-Gomez JM, Bouillon R. Is calcifediol better than cholecalciferol for vitamin D supplementation? Osteoporos Int 2018;29:1697-1711. [PubMed abstract]
9. Rockwell M, Kraak V, Hulver M, Epling J. Clinical management of low vitamin D: A scoping review of physicians' practices. Nutrients 2018 Apr 16;10(4). pii: E493. doi: 10.3390/nu10040493. [PubMed abstract]
10. Sempos CT, Carter GD, Binkley NC. 25-hydroxyvitamin D assays: Standardization, guidelines, problems, and interpretation. Pages 939-57 in Feldman D, Pike JW, Bouillon R, Giovannucci E, Goltzman D, Hewison M, eds. Vitamin D, Volume 1: Biochemistry, Physiology and Diagnostics, Fourth Edition. Elsevier, 2018.
11. Newberry SJ, Chung M, Shekelle PG, Booth MS, Liu JL, Maher AR, et al. Vitamin D and calcium: A systematic review of health outcomes (update). Evidence Report/Technology Assessment No. 217. (Prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2012-00006-1.) AHRQ Publication No. 14-E004-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. September 2014.
12. Ionescu R – Esentialul în reumatologie- editura Amaltea, 2007
13. Christine Gonzalez, PharmD, CHHC; Vitamin D Supplementation: An Update- Medscape - Oct 01, 2010.
14. JoAnn E. Manson. Does Vitamin D Protect Against COVID-19? - Medscape - May 11, 2020.
15. Craig Sale, Kirsty Jayne Elliott Sale Nutrition and Athlete Bone Health Sports Medicine (2019) 49 (Suppl 2):S139-S151

# Un trio imbatabil pentru sănătatea întregii familii

Răceala comună, gripă de tip A sau B, infecție cu coronavirus? Rinită alergică sau o infecție virală? Există soluții fitoterapeutice testate clinic și recomandate pentru toată familia.

## Dovedit clinic: scurtează durata simptomelor cu 3 zile

Cel mai eficient este să sprijiniți direct sistemul imunitar cu **Esberitox®N Tablete**. Prin complexul imun-activ unic el crește capacitatea de apărare a organismului într-un mod natural și rapid. Spre deosebire de alte imunostimulante, ce conțin un singur extract de plantă, în Esberitox®N Tablete acționează trei plante medicinale dovedite ca eficiente și active pe sistemul imunitar și care acționează pe trei căi diferite. Dovedit clinic că scurtează durata virozelor cu 3 zile.

Se recomandă pentru toată familia în perioadele de epidemie, ca adjuvant sau în cure de imunizare. În cazul infecțiilor bacteriene, ca adjuvant al tratamentului cu antibiotic.

## Acidul gliciretic – efect antiviral

Studiile care afirmă eficacitatea înaltă a acidului gliciretic împotriva virusurilor au fost publicate în cea mai renumită revistă medicală, „The Lancet”, în 2003. Conform cercetărilor, efectul antiviral al compușilor se datorează mai multor tipuri de acțiuni. Efect antiviral direct, efect asupra activității imunomodulatoare, și în special, activării sistemului imunitar nespecific.

De aceea recomandăm două produse cu glicirizină testate clinic.

**Narivent** cu glicirizină (efect antiinflamator) și manitol (efect antiedematos rapid): reduce edemul, congestia nazală și alte simptome semnificative în cazul rinitei alergice.

În urma studiilor făcute pe un eșantion de pacienți cu vârstă pediatrică (vârsta medie 9,6 ani) cu diagnostic de rinită

alergică intermitentă sau persistentă, care au folosit Narivent timp de 4 săptămâni, s-a dovedit că Narivent are rezultate comparabile cu corticosteroidul nazal, dar cu un profil de siguranță mai ridicat.

**Sprayul Antiviral orofaringian de la Plantamed** (cu glicirizină și quercitină) cu acțiune directă la poarta de intrare și multiplicare a virusurilor și a coronavirusurilor, inclusiv COVID-19.

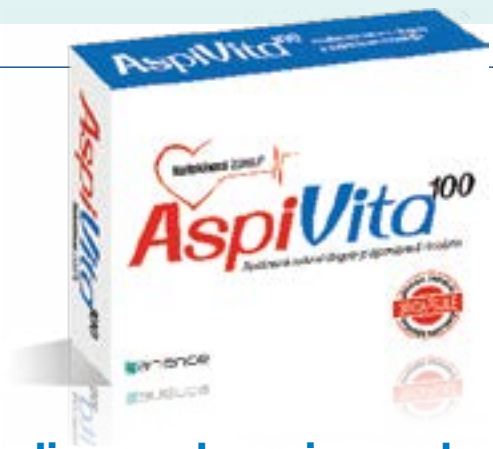
Sprayul Antiviral de la Plantamed conține o combinație de extracte naturale din scoarță de stejar (din care se extrage quercetina) și rădăcină de lemn dulce (din care se extrage glicirizina) care inhibă aderența virală și pătrunderea virusurilor în celule.

Produsele noastre le găsiți în farmacii sau, la preț de importator, cu un singur click pe [farmaciile3f.ro](http://farmaciile3f.ro).



# AspiVita<sup>100</sup>

Medicament 100 mg (2000UF)



## Un nou orizont în abordarea patologiilor cardiovasculare și neurologice

AspiVita<sup>100</sup> o formulă inovativă cu eliberare controlată conține Nattokinază, serin-proteaza care a revoluționat lumea medicală prin selectivitatea înaltă pentru acumulările proteice cu potențial patogen și prin profilul de siguranță.

AspiVita<sup>100</sup> raspunde nevoilor profilactice și terapeutice din afecțiunile cronice vasculare cu potențial trombotic ridicat, în hipertensiunea arterială și în bolile neurodegenerative printr-un cumul deosebit de avantaje:

### • Este singura enzimă fibrinolitice activă după administrare orală

AspiVita<sup>100</sup> conține nattokinază încapsulată într-o formă cu eliberare controlată, care asigură protecția sa împotriva degradării gastrice și eliberarea treptată la nivel intestinal, pentru un efect fibrinolitic prelungit.

### • Mecanism fibrinolitic și antiagregant plachetar cunoscut

Nattokinaza are un mecanism fibrinolitic dual: atât direct (asupra fibrinei), cât și indirect (prin activarea plasminei). Profil de siguranță ridicat: nu afectează coagularea fiziologică și sinteza normală a fibrinei

### • Siguranță la grupele de risc

Studiile clinice au demonstrat siguranța administrării, chiar și în doze de 6.000 UF, împreună cu: aspirină, clopidogrel, warfarină sau heparine injectabile la pacienții cu AVC<sup>1</sup>. De asemenea, administrarea este sigură la pacienții diabetici<sup>2</sup> și dializați<sup>3</sup>

## Motivele includerii cu succes a AspiVita<sup>100</sup> în planul de prevenție și tratament al pacienților cu risc de tromboze și accidente vasculare:

- **Eficacitate în dizolvarea trombilor:** nivelul produșilor de degradare ai fibrinei (PDF) crește treptat<sup>4</sup> cu până la 21,2% după administrarea orală a 2000 UF (unități fibrinolitice) de nattokinază
- **Protecție împotriva aterosclerozei arterei carotide:** reduce dimensiunile plăcii de aterom cu până la 36,6% la administrare timp de 6 luni<sup>7</sup>
- **Protecția sistemului nervos împotriva degradării funcționale:** poate dizolva componentele plăcii de amiloid, indicator precoce al bolii Alzheimer<sup>6</sup>
- **Acțiune antihipertensivă demonstrată<sup>5</sup>** la pacienții cu pre-HTA și HTA stadiul 1

## Formula inovativă cu eliberare controlată AspiVita<sup>100</sup> asigură:

- **Profil de siguranță ridicat:** nu afectează coagularea fiziologică și sinteza normală a fibrinei
- **Administrare ușoară și efect prelungit:** capsulele AspiVita<sup>100</sup> cu eliberare controlată contribuie la menținerea fluxului sanguin optim pe o perioadă de peste 12 ore
- Produs fabricat sub licență elvețiană exclusiv în Europa sub condiții farmaceutice GMP



<sup>1</sup>Shah AB, An open clinical pilot study to evaluate the safety and efficacy of natto kinases as an add-on; oral fibrinolytic agent to low molecular weight heparin & anti-platelets in acute ischemic stroke, 2004; <sup>2</sup>Hitosugi M., Effects of bacillus natto products on blood pressure in patients with lifestyle diseases, 2014; <sup>3</sup>Hsia CH., et al, Nattokinase decreases plasma levels of fibrinogen, factor VII and factor VII in human subjects, 2009; <sup>4</sup>Kurosawa Y. et al., A single-dose of oral nattokinase potentiates thrombolysis and anticoagulation profiles, 2015 Kim JY et al., Effects of nattokinase on blood pressure: a randomized, controlled trial, 2008; <sup>5</sup>Kim JY et al., Effects of nattokinase on blood pressure: a randomized, controlled trial, 2008; <sup>6</sup>Ruei-Lin Hsu et al., Amyloid-Degrading Ability of Nattokinase from Bacillus subtilis Natto, 2009; <sup>7</sup>Ren NN. et al., A clinical study on the effect of nattokinase on carotid artery atherosclerosis and hyperlipidaemia, 2017





Ești în căutarea unui supliment de vitamina D care predă binedispunibilitate și eficiență?

# Obțineți beneficiile dovedite ale vitaminei soarelui

Exprimate în formă de vitamina D pe care o găsiți în cantități naturale în vitamina D<sub>3</sub>, cu conținut în capsule bioactive. Bio-Vitamin D-pears® este un supliment de vitamina D<sub>3</sub> care ajută la gestionarea nivelului de vitamina D în organism și asigură o absorbție optimă. Este ideal pentru persoanele care trăiesc în zone cu puține ore de soare, pentru persoanele care nu pot lua vitamina D în cantități suficiente, pentru persoanele care au niveluri scăzute de vitamina D în organism și pentru persoanele care au niveluri scăzute de vitamina D în organism.



Bio-Vitamin D-pears® este un supliment de vitamina D<sub>3</sub> care ajută la gestionarea nivelului de vitamina D în organism.

- ▲ Vitamina D<sub>3</sub> din Bio-Vitamin D-pears® este absorbibilă și eficientă în gestionarea nivelului de vitamina D în organism.
- ▲ Este ideal pentru persoanele care trăiesc în zone cu puține ore de soare – sau în sezonul rece.

**Pharmax Nord**  
www.pharmax.ro



# INDIFERENT DE ANOTIMP PENTRU TOATĂ FAMILIA INCEPÂND DE LA 6 ANI

**Profilaxie și  
tratament**

**200 de doze pentru până la  
50 de zile de tratament**

**Rinoclenil controlează eficient  
simptomele rinitei alergice și non-alergice<sup>1,2</sup>**

Referințe: 1. Rezumatul caracteristicilor produsului Rinoclenil 100 µg/doză spray nazal suspensiv. 2. ARIA - Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma - 2020 Update; Allergy 2020;65(Suppl 5):S14-183.

# Stomatita aftoasă recurentă

## Recurrent aphthous stomatitis

Stomatita este un termen general pentru o inflamație dureroasă localizată la nivelul mucoasei cavității orale. De-a lungul vieții cel puțin una din cinci persoane se confruntă la un moment dat cu ulcerații la nivelul mucoasei bucale. Stomatita aftoasă recurentă reprezintă cea mai frecventă afecțiune cronică a mucoasei cavității bucale, ce poate apărea la copii și la adolescenți. Etiologia exactă este și în acest moment necunoscută. Ca factori cu potențial declanșator amintim: infecții virale și bacteriene, boli sistemice, deficiențe de vitamine și microelemente, defecte hormonale, alergii alimentare, leziuni mecanice și anxietate, predispoziția genetică, stres oxidativ crescut. Incertitudinea etiologiei de bază a stomatitei aftoase recurente duce la dificultăți în a găsi un tratament curativ disponibil.



Dr. Miorița Toader

Medic primar ORL,  
Dr. în științe medicale, Spitalul  
Clinic de Urgență Pentru Copii  
„Grigore Alexandrescu” București

### Abstract

Stomatitis is a general term for painful inflammation located at the level of the mucosa of the oral cavity.

During their lifetime, at least one in five people will experience ulcers of the oral mucosa at some point.

Recurrent aphthous stomatitis is the most common chronic condition of the oral cavity, which can occur at children and adolescents.

The exact etiology is still unknown at this time. As potential triggers we mention: viral and bacterial infections, systemic diseases, vitamin and micro-nutrient deficiencies, hormonal defects, food allergies, mechanical damage and anxiety, genetic predisposition, increased oxidative stress.

Uncertainty about the underlying etiology of recurrent aphthous stomatitis leads to difficulties in finding a curative available treatment.

### Introducere

Stomatita aftoasă recurentă este o afecțiune inflamatorie cronică a mucoasei bucale, caracterizată prin ulcerații recurente sub formă de afte, ce pot evolua timp îndelungat<sup>(1)</sup>.

Stomatita, de obicei, se vindecă de la sine, fără a fi necesar un tratament riguros. Leziunile pot fi oriunde la nivelul cavității bucale, inclusiv pe partea interioară a obrazilor, la nivelul limbii, buzelor. Disconfortul produs de aceste leziuni poate să apară în timpul masticăției, în

timpul vorbirii dar și în somn. Ulcerațiile pot fi mici, rotunde sau avalare, dureroase, cu margini circumscrise, cu un halou eritematos, cu centru pseudomembranos de culoare gri-gălbuie. Înainte de apariția ulcerației cu 2 până la 24 de ore, poate să apară o senzație de arsură locală<sup>(1,2)</sup>.

Stomatita aftoasă recurentă este cea mai frecventă leziune recurentă a mucoasei bucale.

Perioada de remisie între apariția leziunilor poate fi de zile, săptămâni sau chiar ani.

Prevalența acesteia este cuprinsă între 2 și 50% din totalul populației generale<sup>(2)</sup>.

Poate să apară la copii și adolescenți, cu perturbarea gravă a calității vieții datorită dificultăților care survin în activitățile cotidiene, cum ar fi ingestia și vorbirea.

Riscul este mai mare la persoanele cu vârsta de peste 20 de ani, în special la sexul feminin.

Mecanismele de producere a acesteia sunt încă necunoscute<sup>(3)</sup>.

Principalii factori implicați în apariția acesteia sunt de natură imunologică, infecțioasă, alimentară, traumatică, alergică, factori microbieni, stresul, etc.

Există se pare o legătură între această afecțiune și multiple afecțiuni generale, în cadrul cărora pot constitui un simptom caracteristic<sup>(4)</sup>.

Alte afecțiuni sistemice care pot asocia ulcerații bucale asemănătoare sunt: boala Behcet, neutropenia ciclică, ulcerații orale în cadrul infecției cu HIV, infecții recurente cu virus herpetic, afecțiuni gastrointestinale precum boala Crohn și colita ulceroasă<sup>(5)</sup>.

### Etiologie

Factorii implicați în etiologia stomatitei aftoase sunt:

1. Factorul viral-citomegalovirusul, virusul herpetic-6, herpes-zoster și multe altele sunt responsabile de apariția af-

telor. Teoria conform căreia reactivarea citomegalovirusului uman sau a virusului varicelo-zosterian ar fi asociată cu repetarea frecventă a aftelor cu caracter ulceros, a fost infirmată de studiile de evaluare a țesutului biopsic folosind reacția în lanț a polimerazei pentru o posibilă implicare a herpes virusului 6, citomegalovirusului, virusului varicelo-zosterian sau virusului Epstein-Barr și care nu au descoperit argumente care pot demonstra implicarea acestor virusuri în patogeniza stomatitei<sup>(6)</sup>.

- Factorul bacterian-datorită unor antigene proprii cât și unor bacterii, pot apare manifestări autoimune, astfel structura proprie nu mai este recunoscută, fiind atacată de autoanticorpi (streptococul). Streptococii cu tropism oral acționează ca stimulenți antigenici care reacționează cu proteinele de șoc termic mitocondrial în mod încrucișat, inducând în acest mod, intenționat, un răspuns imun mediat de celulele T, care pot produce leziuni la nivelul mucoasei bucale. De asemenea, Helicobacter Pylori care este responsabil de apariția ulcerului gastric, poate fi responsabil de favorizarea apariției de leziuni de stomatită și la nivelul cavității bucale<sup>(6,7,12)</sup>.
- Factorul hormonal-estrogenul și progesteronul pot sensibiliza stratul superficial al mucoasei bucale. Nivelul acestora poate oscila în funcție de perioada ciclului menstrual, predispunând mucoasa orală la pierderea integrității acesteia.
- Factorul traumatic-la nivelul cavității bucale, orice traumatism prin înțepare, rănire în timpul masticăției, prin periaj defectuos sau prin injecții anestezice, care are ca rezultat o plagă superficială, se poate complica cu stomatită<sup>(5)</sup>.
- Factorul imunologic-de remarcat de

exemplu, că pacienții cu HIV dezvoltă leziuni aftoase în procent ridicat, durează mai mult și provoacă simptome mai dureroase. Relația dintre mai multe reacții mediate imunologic și dezvoltarea stomatitei aftoase recurente poate fi explicată prin citotoxicitatea mediată celular dependentă de anticorpi, citotoxicitatea limfocitelor T la nivelul epitelului oral și prin defectele subpopulațiilor limfocitelor<sup>(5,7)</sup>.

6. Factorul genetic-transmiterea genetică a bolii este discutabilă<sup>(8)</sup>.
7. Factorul alimentar-anumite alimente cu potențial alergic precum mierea, ciocolata, căpșunile, etc., anumiți aditivi și conservanți sunt incriminați în apariția stomatitei aftoase. Hipersensibilitatea la anumite substanțe alimentare, bacterii orale (*Streptococcus sanguis*) și proteinele de șoc termic microbiene, sunt posibil factori cauzali. Nu există din păcate suficiente dovezi concludente care să susțină factorul alergic drept cauză cu potențial major în stomatita aftoasă recurentă<sup>(5,7)</sup>.
8. Deficitul de vitamine și/sau minerale precum complexul de vitamine B, fierul, zincul, care stabilizează sistemul imunitar, sunt implicate. Deficiența nutrițională este aparent un factor etiologic, asociată fiind în proporție de 5-10% în cazuri cu deficiența de vitamine B, zinc, fier<sup>(9)</sup>.
9. Stresul –favorizează apariția și recurența ulcerărilor. Evenimentele din viața cotidiană pot să crească șansa ca un pacient cu o sensibilitate la leziunile de stomatită să mai dezvolte și alte leziuni<sup>(10)</sup>.
10. Medicamentele-blocantele canalelor de calciu sau antiinflamatoarele nesteroidiene pot duce la apariția de afte<sup>(6,7)</sup>.

#### Tablou clinic

Din punct de vedere clinic există trei tipuri caracteristice: tipul minor, tipul major și tipul herpetiform.

Debutul este prin leziune sub forma unei zone hiperemice, pe a cărei suprafață apare un proces de eroziune. Leziunea are contur rotund-ovalar, acoperită cu o masă fibrinoasă de culoare gălbuie, delimitată de o zonă roșiatică, iar în vecinătate mucoasa este hiperemică. Senzația de arsură sau de furnicăre pe care o are inițial pacientul, se transformă în durere pe măsură ce ulcerăția evoluează<sup>(11)</sup>. Depozitele de fibrină dispar după 24-48 de ore și începe procesul de

epitelizare. O reacție din partea nodurilor limfatici și febră, sunt foarte rar asociate. Leziunea se vindecă în aproximativ două săptămâni fără leziuni cicatriceale restante. Pot apare simultan 1-2 formațiuni care pot fi asociate cu alte elemente patologice<sup>(12)</sup>.

Reacutizările pot apărea la intervale de timp variabile.

Stomatita aftoasă tipul minor este prezentă în proporție de 85% din cazuri și se caracterizează prin leziuni ulcerative superficiale în număr de 1 până la 5, cu diametrul mai mic de 1 cm, cu un contur regulat. Vindecarea lor are loc în maximum 10 zile, fără cicatrice.

Tipul major se întâlnește mai rar, este prezent în proporție de 10-15% din cazuri. Leziunile de cele mai multe ori apar singure sau pot fi și câte 2-3, au diametrul de peste 1 cm, sunt mai adânci, cu contur neregulat și cu edem al țesutului din zonele vecine, cu durere mare la deglutiție și chiar respirație. Vindecarea are loc în săptămâni sau luni cu cicatrici retractile.

Aftele herpetice apar în 5-10% din cazuri, sunt mici 1-2 mm, cu multiple ulcerări „în buchet”<sup>(12,13)</sup>.

#### Diagnostic diferențial

Diagnosticul diferențial se face cu:

- herpesul cronic recidivant-vezicule multiple grupate, localizate la limita roșului buzelor cu pielea sau cu mucoasa bucală, ce sunt precedate de episoade acute respiratorii<sup>(14)</sup>
- Boala Behcet-sunt simultan afectate pielea, ochii, articulațiile, organele genitale; vindecarea are loc extrem de lent<sup>(15)</sup>
- aftele Setton –ulcerații adânci, cu margini îngroșate<sup>(16)</sup>
- leziunile traumatice-după îndepărtarea factorului etiologic, leziunile încep să se vindecă<sup>(17)</sup>

#### Tratament

Datorită faptului că etiologia și mecanismul de producere a acestei afecțiuni nu sunt bine cunoscute, necesitatea unui examen minuțios se impune pentru a descoperi cauzele posibile. În acest sens se vor iniția o serie de investigații hematologice pentru infirmarea unei infecții cu HIV, sifilis și a unor deficiențe de acid folic, fier, etc. Se impun și o serie de examene e specialitate cum ar fi: gastroenterologie, ORL, alergologie, reumatologie, etc<sup>(18)</sup>

Aplicarea unei scheme terapeutice țintite este posibilă doar după descoperirea cauzei.

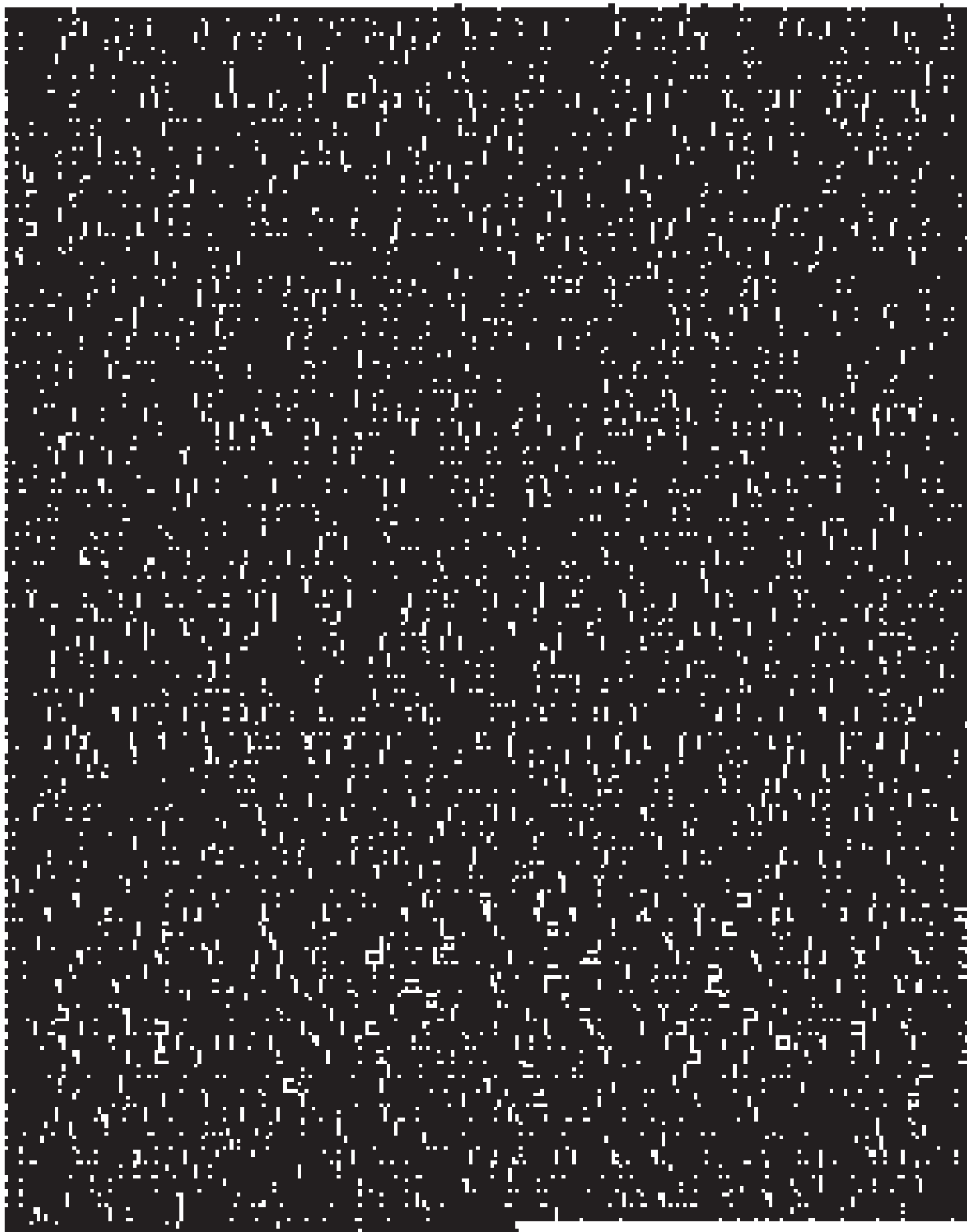
Leziunile care durează mai mult timp și nu dispar, sau apariția complicațiilor, a febrei, necesită îngrijiri medicale.

În celelalte cazuri se prescrie tratament topic cu eficiență diferită, scopul fiind acela de a accelera vindecarea, de a combate durerea și de a preveni recidivele<sup>(19)</sup>.

Se recomandă asocierea la tratament și a unei diete lichidiene, precum și evitarea băuturilor acidulate<sup>(20)</sup>.

#### Bibliografie

11. [www.srd.ro/categorie/revista/romana/sumare-2009/sumare-1-2009/316/docs/10.20%afte%20bucale%20cronice.pdf](http://www.srd.ro/categorie/revista/romana/sumare-2009/sumare-1-2009/316/docs/10.20%afte%20bucale%20cronice.pdf)
12. Han M, Fang H, Li Q et al-Effectiveness of laser therapy in the management of recurrent aphthous stomatitis; a systematic review. *Scientifica*. 2016; 2016:12-13
13. [www.belbachdental.com/upload/pdf/paro/afntes-et-maladie-de-becet.pdf](http://www.belbachdental.com/upload/pdf/paro/afntes-et-maladie-de-becet.pdf)
14. Porter SR, Scully C, Pedersen A-Recurrent aphthous stomatitis. *Crit Rev Oral Biol Med*, 1998, 9; 305-320
15. Burlacu Lilia-Stomatita aftoasă cronică recidivantă-Romedic 2013
16. Stănescu AMA, Grăjdeanu IV, Bejan GC, et al. Predicția prevalenței HIV până în anul 2022 în România și Uniunea Europeană. *Revista Medicală Română*. 2018; 260-266
17. Ana Maria Alexandra Stănescu et al-Abordarea factorilor predispozanți și a tipurilor de stomatită aftoasă recurentă-ORL.RO-yearXII.no452019-18
18. Olariu C, Nurci A, Vasilescu I, et al-Afectarea măduvei hematogene la pacienții cu HIV. *Practica Medicală* 2018; 13, 157-161
19. Wallace A, Rogers HJ, Hughes SC, et al-Management of recurrent aphthous stomatitis in children, *Oral Medicine*. 2015; 5:65-73
20. Najeeb S, Khurshid Z, Zohal S, et al. Management of recurrent aphthous ulcers using low-level a systematic review. *Medicina* 2016-2<sup>(5)</sup>. 260-270
21. Lin SS, Chou MY, Ho CC et al-Study of the viral infections and cytokines associated with recurrent aphthous ulceration. *Microbes and Infection Pasteur* -2005; 7-630-640
22. Victoria JM, Kalapothakis E, de Silva JF, Gomez RS-Helicobacter pylori DNA in recurrent aphthous stomatitis-J Oral Pathology Med-2003-32-215-225
23. Scully C, Gorsky M, Lozada-Nur F-The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis a consensus approach-J Am Dent Assoc-2003; 134<sup>(2)</sup>, 200-210
24. Diaconu CC, Sindromul metabolic; Editura Medicală, București 2011
25. Greenberg MS, Pinto A; Etiology and management of recurrent aphthous stomatitis. *Curr Infect Dis Rep* 2003; 5<sup>(3)</sup> 190-199
26. Cheng J, Malahias T, Brar P et al; The association between celiac disease, dental enamel defects and aphthous ulcers in a US cohort; *J Clin Gastroenterol* 2010; 44; 191-195
27. Sawair FA, Does smoking really protect from recurrent aphthous stomatitis; Therapeutics and clinical risk management; 2010; 6; 574-576
28. Ship II, Socioeconomic status and recurrent aphthous ulcers. *J Am Dent Assoc*. Jul 1966; 73; 121-123
29. Tarakji B, Gazal G, Al-Maweri SA, et al; Guideline for the diagnosis and treatment of recurrent aphthous stomatitis for dental practitioners; *Journal of International Oral Health*, 2015; 7; 75-79
30. Leahu I, [www.cliniciledleahu.ro-Stomatita-tipuri,cauze,-simptome,tratament](http://www.cliniciledleahu.ro-Stomatita-tipuri,cauze,-simptome,tratament)

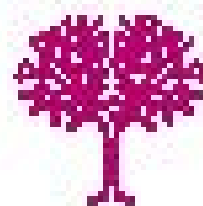


www.godaddy.com

© 2014 GoDaddy.com, Inc.

GoDaddy.com, Inc. is an Equal Opportunity Employer. Minorities and women are encouraged to apply.

**Prima și singura combinație fixă  
cu particule ultrafine, care aduce  
beneficii clinice pacienților cu astm sau BPOC\***



**FOSTER**

Budesonid + Formoterol

**Indicații:** Tratamentul simptomatic și prevenirea exacerbărilor la pacienții cu astm bronșic și boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC).

**Conținut:** 120 doze inhalabile  
**Forma farmaceutică:** Pulverizator  
**Compoziție:** Budesonid + Formoterol

[www.chiesi.ro](http://www.chiesi.ro)

# Pitiriazisul versicolor și alte infecții fungice

## Pityriasis versicolor and other fungal infections

Pityriasis versicolor, sometimes called tinea versicolor, is a common fungal infection caused by a type of yeast called *Malassezia* that is normally found on the skin of more than 85% of adults, where it normally lives without causing any problems. This yeast starts to multiply more than usual under certain conditions such as warm and moist environments, hyperhidrosis or weakened immune systems, affecting primarily young people. The disease is easily diagnosed and treated due to the typical „stained” or „confetti” appearance of the skin. The spots can vary in size and are usually light or dark in color, affecting areas with high sebum production especially the back, chest, neck and upper limbs, less often the face. The diagnosis of pityriasis versicolor is established by a specialist in dermatology and it involves taking the medical history of the patient, examination of the skin and further tests if the presentation is atypical. Differential diagnosis is vast given the clinical presentation and it should include vitiligo, pityriasis rosea, pityriasis alba, tinea corporis, seborrheic dermatitis, dermatophytosis, nummular eczema and secondary syphilis. Treatment usually consists of topical or systemic antifungal agents such as soaps, shampoos, creams or tablets, depending on the severity of the disease. Pityriasis versicolor can recur when conditions create a conducive environment for the fungal agent to proliferate and without proper treatment, the disease can persist until the age of 50-60, gradually healing as the sebum secretion of the skin that maintains it decreases.



**Dr. Ramașcanu Elena-Ana**

Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș” București, UMF „Carol Davila” București



**Șef de lucrări  
Dr. Mircea Tampa**

Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș” București, UMF „Carol Davila” București



**Prof. Dr. Georgescu Simona-Roxana**

Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Tropicale „Dr. Victor Babeș” București, UMF „Carol Davila” București

**P**itiriazisul versicolor numit și Tinea versicolor este o afecțiune a tegumentului cauzată de fungi din genul *Malassezia* care colonizează pielea în mod normal la aproximativ 85% dintre adulți, făcând parte din flora saprofită, nedăunătoare, care trăiește la nivelul pielii, alături de alte microorganisme. În anumite condiții aceste ciuperci se pot dezvolta în exces determinând boala care este ușor de diagnosticat și tratat prin aspectul tipic, „pătat”, „în confetti” al tegumentului. Petele pot varia în dimensiuni și sunt de regulă deschi-

se sau închise la culoare, afectând zonele cu producție mare de sebum, cu precădere spatele, pieptul, gâtul și membrele superioare, mai rar fața. Pentru a putea fi instituit tratamentul, este necesar un consult dermatologic încă de la debutul semnelor pentru inspecția zonei cu modificări tegumentare și pentru un diagnostic pozitiv corect.

Boala nu este contagioasă și apare majoritar la persoanele tinere, lucru explicat prin producția bogată de sebum care hrănește fungii. Odată cu înaintarea în vârstă și cu încetinirea activității glandelor sebacee, infecția tinde să treacă de la sine. Chiar dacă aceste ciuperci colonizează în mod normal tegumentul, ele proliferază și se dezvoltă determinând boala doar în anumite condiții precum: climat cald și umed, transpirații abundente, exces de sebum, imunosupresie, dezechilibre hormonale, malnutriție sau corticoterapie. Infecția este relativ comună și ușor de indentificat prin manifestările cutanate.

Pacientul se prezintă la medic fiind deranjat de aspectul estetic al tegumentului care se prezintă cu pete mici, hipopigmentare sau hiperpigmentare, în tonuri de roz, bej sau maro, care devin mai vizibile după expunerea la soare deoarece nu se pigmentează (bronzază) precum restul tegumentului sănătos. Diversitatea culorilor este și motivul pentru care se numește pitiriazis „versicolor”, versi însemnând diversitate. În timp, aceste pete cu scuame fine în suprafață se pot uni și fuziona, afectând porțiuni extinse de piele. Afectează cu predilecție tegumentul de la

nivelul spatelui, pieptului, brațelor și gâtului dar se pot regăsi și în alte zone ale corpului, în cazuri destul de rare. Pe lângă aceste manifestări cutanate pacienții pot asocia prurit, iritații sau exfolierea pielii în anumite cazuri.

Diagnosticul de pitiriazis versicolor se stabilește de către medicul dermatolog și presupune realizarea unui istoric al pacientului pentru a determina existența factorilor predispozanți, examinarea tegumentului și teste suplimentare în cazul unei erupții atipice. În cazul în care petele se află pe o zonă nespecifică sau pacientul asociază alte simptome necaracteristice, medicul dermatolog poate analiza mici probe prelevate de pe zona afectată prin gratare (răzuire) la microscop pentru a vizualiza celulele și fungii, dacă aceștia există. De asemenea, o altă metodă de punere în evidență a fungilor presupune folosirea lămpii Wood care emite lumină ultravioletă ce pune în evidență fluorescența verzuie a anumitor metaboliți micotici. Astfel, pielea afectată va apărea galbenă sau verde sub această lumină. În cazuri extinse sau severe care impun un diagnostic diferențial complex se poate realiza o biopsie a zonei afectate.

Printre cele mai comune afecțiuni confundate des cu tinea versicolor se numără vitiligo care se diferențiază prin faptul că nu afectează textura pielii, petele sunt de obicei de culoare albă prin pierderea completă a pigmentării, au margini foarte distincte și zonele afectate sunt mai mari. Un alt posibil diagnostic diferențial îl reprezintă pityriasis rosea, precedată de obicei de un





Imagine nr 1 - Pitiriazis versicolor



Imagine nr 2- Pitiriazisi versicolor acromiant



Imagine nr 3 - Herpes circinat



Imagine nr 4 - vitiligo

Imagini din colecția Spitalului Clinic „Victor Babeș”, București

prim semn specific numit placă heraldică, o leziune de dimensiuni relativ mari, roz, palidă și cu evoluție autolimitată. Se consideră că erupția survine drept consecință a unei infecții virale însă cauza nu este cunoscută momentan. Printre patologiile cu manifestări cutanate similare se numără pityriasis alba, hipopigmentarea și hiperpigmentarea postinflamatorie, dermatita seboreică, psoriazisul gutat, dermatofizia, eczema numulară și sifilisul secundar.

Pitiriazisul alb, așa cum îi spune și numele, se manifestă prin apariția unor pete roz sau albe pe piele, rotund-ovalare, acoperite de scuame fine, afectând în cea mai mare parte copiii și adulții tineri. Cauza este necunoscută, fiind deseori considerată un fel de dermatită atopică, un tip de eczemă. Față de pitiriazisul versicolor, leziunile sunt mai greu de distins, petele nu sunt complet depigmentate și zonele afectate sunt mai mici.

O altă infecție fungică destul de comună a pielii este dermatofizia (tinea) care se manifestă prin apariția unor pete mici, roșii, acoperite de scuame sau cu aspect uscat, pruriginos, care cresc în dimensiune căpătând o formă rotundă, inelară, cu un centru palid și o margine activă reliefată, eritematoasă. Infecția poate afecta pielea corpului dar și unghiile care pot deveni mai groase, friabile sau cu discolorații, cât și scalpul, determinând căderea părului sub formă de zone rotunde și precis delimitate. Este contagioasă, fiind favorizată de practicarea sporturilor de contact sau de folosirea la comun a prosoapelor și a altor obiecte contaminate.

În ceea ce privește pitiriazisul versicolor,

schema terapeutică corectă și completă va fi stabilită de către medicul dermatolog după un diagnostic de certitudine și presupune folosirea unor agenți antimicotici topici sau sistemici în funcție de extensia și gravitatea bolii. În lipsa unui tratament adecvat, boala poate persista la nivelul tegumentului până la vârsta de 50-60 de ani, vindecându-se treptat pe măsura ce scade și secreția de sebum a pielii care o întreține. Substanțele antifungice se regăsesc pe piață sub o varietate de forme (creme, șampoane, tablete) ceea ce face tratamentul bolii ușor de administrat de către pacienți. În general se preferă tratamentul topic sub formă de cremă, soluții, șampoane și săpunuri care să acționeze local, evitându-se efectele adverse ale comprimatelor administrate sistemic. În cazul în care petele acoperă porțiuni mari de piele, boala recidivează sau nu se ameliorează sub tratament topic, se recomandă pe lângă tratamentul local inițierea tratamentului sistemic cu antifungice precum Fluconazol sau Itraconazol. În urma vindecării bolii, petele pot persista pe piele săptămâni sau luni, aspectul revenind la normal în timp.

Pitiriazisul versicolor poate recidiva atunci când condițiile creează un mediu propice pentru agentul micotic să prolifereze cum ar fi când vremea devine mai caldă sau umedă. Pentru a reduce șansele de recidivă, pe lângă evitarea factorilor de risc se recomandă folosirea unor geluri și șampoane antifungice pe termen lung, o dată sau de două ori pe lună, mai ales în timpul anotimpului cald sau în regiunile cu multă umiditate. Igiena rămâne esențială alături de evitarea hai-

nelor sintetice, strâmte, care să întrețină umiditatea la nivelul pielii. Ca măsuri generale ce pot fi adoptate în viața de zi cu zi pentru a preveni infecțiile fungice se numără: spălarea hainelor, prosoapelor și a lenjeriei de pat la temperaturi înalte și evitarea folosirii acestor obiecte la comun, spălarea mâinilor după contactul cu un animal și dezinfectarea regulată a obiectelor și așternuturilor folosite de acestea, purtarea unor haine lejere, ideal din materiale naturale, evitarea scărpinatului pentru a nu genera porți de intrare pentru infecții cu alte bacterii de la nivelul pielii.

În concluzie, infecția cu pitiriazis versicolor este una ușor de recunoscut, diagnosticat și tratat eficient, având o multitudine de opțiuni terapeutice la îndemână. Aspectul pătat, inestetic al pielii, care supără de obicei pacienții și îi determină să vină la consult este unul temporar și care dispare în urma administrării corecte a agenților antimicotici conform indicațiilor medicului. Pielea poate fi menținută sănătoasă, prevenind recidivele, cu ajutorul unor substanțe topice folosite pe termen lung și prin evitarea factorilor de risc restabilind astfel simbioza omului cu microorganismele care îi coloniizează în mod normal tegumentele.

#### Bibliografie:

1. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, Goltz RW, Graham GF, Hordinsky MK, et al. Guidelines of care for superficial mycotic infections of the skin: Pityriasis (tinea) versicolor. Guidelines/Outcomes Committee. American Academy of Dermatology. Journal of the American Academy of Dermatology 1996;3(2 Pt 1):287-9.
2. Gupta AK, Foley KA. Antifungal Treatment for Pityriasis Versicolor. J Fungi (Basel). 2015 Mar 12;1(1):13-29.
3. Choi FD, Juhasz MLW, Atanaskova Mesinkovska N. Topical ketoconazole: a systematic review of current dermatological applications and future developments. J Dermatolog Treat. 2019 Dec;30(8):760-771.
4. Rosen T. Mycological Considerations in the Topical Treatment of Superficial Fungal Infections. J Drugs Dermatol. 2016 Feb;15(2 Suppl):s49-55.
5. Gupta AK, Lyons DC. Pityriasis versicolor: an update on pharmacological treatment options. Expert Opin Pharmacother. 2014 Aug;15(12):1707-13.
6. Browning JC. An update on pityriasis rosea and other similar childhood exanthems. Curr Opin Pediatr. 2009 Aug;21(4):481-5.
7. Ellabib MS, Khalifa Z, Kavanagh K. Dermatophytes and other fungi associated with skin mycoses in Tripoli, Libya. Mycoses 2002;45(3-4):101-4. DOI: 10.1046/j.1439-0507.2002.00731.
8. Prof. Dr. Dan Forsea, Dr. Raluca Popescu, Dr. Cătălin Mihai Popescu, Compendiu de Dermatologie și Venereologie, Editura Tehnica 1996
9. Dr. Gheorghe Bucur, Mică Enciclopedie Boli Dermatovernice, Editura Științifică Enciclopedică, București 1987



# ALAnerv®

***Susține funcționarea normală  
a sistemului nervos!***

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. ALAnerv® este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail: [contact@addenda.ro](mailto:contact@addenda.ro).

**Alfasigma România S.R.L.**  
str. Cluceru Udriceni, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București  
tel.: 031.805.35.26, 031.805.35.27; fax: 031.805.35.28  
e-mail: [info.ro@alfasigma.com](mailto:info.ro@alfasigma.com)

**ALFASIGMA** 

# Redă libertatea mișcării!



## DICLOREUM® 150mg

capsule cu eliberare prelungită

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Diclorem 150 mg capsule cu eliberare prelungită se eliberează pe bază de prescripție medicală PSL. Administrare orală. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului complet, disponibil la cerere sau pe site-ul [www.alfasigma.ro](http://www.alfasigma.ro). Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail: [DrugSafety@alfasigma.ro](mailto:DrugSafety@alfasigma.ro) sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România [www.anm.ro](http://www.anm.ro), DAOP - Alfasigma S.p.A.

Alfasigma România S.R.L.  
Str. Clujului Unirii, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București  
tel.: 031.800.35.26, 031.800.35.27, fax: 031.800.35.26  
e-mail: [info.ro@alfasigma.com](mailto:info.ro@alfasigma.com)

ALFASIGMA 

## Diagnosticul precoce al diabetului zaharat tip 2 (DZ) în cabinetul medicului de familie – între recomandările ghidurilor, prevederile legislative (actuale și cele din proiect) și realitate

Early diagnosis of Type 2 Diabetes in the General Practitioners office- between guidelines recommendations, provision of current legislative framework (current and future) and reality

Diabetul zaharat reprezintă, prin prevalență și implicații asupra stării de sănătate, o prioritate pentru orice sistem de sănătate. Primul pas îl reprezintă prevenirea apariției și diagnosticul precoce. Datele statistice actuale referitoare la situația din România identifică o neconcordanță între recomandările ghidurilor și ceea ce se întâmplă în viața reală, în cabinetul medicului de familie, atunci când ne referim la prevenirea și diagnosticarea precoce a diabetului.



Dr. Daciana Toma

Medic primar medicină de familie, Coordonator al Grupului de Diabet al SNMF

**D**iabetes Mellitus represents, through its prevalence and impact on people's lives, a priority in any healthcare system. The first of tackling diabetes is to prevent it and early diagnosis. Current statistics for Romania identify a gap between guidelines recommendation and things happening in real life- the General Practitioners office- when talking and acting on diabetes prevention and early diagnosis.

În condițiile în care putem vorbi la nivel mondial de o epidemie de diabet și că prevalența este în creștere în ciuda eforturilor depuse, că în România avem, în continuare, un număr foarte mare de pacienți nediagnosticsați (și acest lucru s-a accentuat în perioada pandemiei), că pacienții cu DZ au risc mai mare de evenimente cardio-vasculare majore decât populația generală, este important să avem reglementări clare, care să poată fi puse în practică și care să fie în concordanță cu recomandările ghidurilor societăților de profil.

Conform datelor IDF (International Diabetes Federation), la nivel mondial numărul persoanelor cu vârstă între 20-79 de ani diagnosticate cu DZ este de aproximativ 537 milioane (1 din 10 persoane) și se estimează că numărul acestora va crește până în anul 2045 la 783 de milioane de pacienți.

La nivelul Europei, conform IDF, dacă

în 2021 numărul persoanelor cu DZ (cu vârstă între 20-79 de ani) este de aproximativ 61 milioane (1 din 11 persoane), numărul acestora urmează să crească, estimându-se o creștere până la 69 de milioane în 2045.

Datele pentru România, conform IDF, sunt surprinzătoare. Dacă în 2011 se raportează o prevalență de 7,7% (la populația cu vârstă între 20-79 de ani), în 2021 prevalența este de 7,1%, estimându-se că în 2045 prevalența va fi de 7,5%.

Aceste date ar fi menite să ne încurajeze dacă nu ar exista datele studiului PREDATORR (2014) care indică o prevalență de 11,6%, la aceeași grupă de vârstă.

Această discrepanță dintre datele din studiul populațional și datele oficiale raportate indică faptul că există o problemă legată de diagnosticarea persoanelor cu DZ.

### Conform Ghidului de management al diabetului zaharat din 2021 (SRDN-MB, FRDNBM):

- criteriile de diagnostic pentru DZ (criteriile ADA) sunt:
  1. HbA1c  $\geq 6,5\%$  sau
  2. Glicemia à jeun  $\geq 126$  mg/dl sau
  3. Glicemia la 2 ore (în cursul TTGO)  $\geq 200$  mg/dl sau
  4. Glicemia ocazională (întâmplătoare) (la un pacient cu simptome caracteristice\* de hiperglicemie sau criză hiperglicemică)  $\geq 200$  mg/dl

\*Simptomele caracteristice pentru hiperglicemie sunt polidipsia, poliuria, polifagia, scăderea ponderală inexplicabilă.

În absența unei hiperglicemii neechivoce, criteriile 1-3 se vor repeta fără întâr-

ziere pentru confirmarea diagnosticului.

- criteriile pentru testarea adulților asimptomatici (criteriile ADA) sunt:

1. Testarea trebuie efectuată la toți adulții supraponderali / obezi (IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) și care au factori adiționali de risc pentru DZ:

- rude de gradul întâi cu DZ;
- grup etnic/rasial cu risc înalt (afroamericani, hispanici, amerindieni etc.);
- istoric de boli cardiovasculare;
- hipertensiune arterială ( $\geq 140/90$  mmHg sau terapie antihipertensivă);
- HDL colesterol  $< 35$  mg/dl) și/sau trigliceride  $> 250$  mg/dl;
- sedentarism;
- femei cu sindrom de ovar polichistic;
- alte condiții clinice asociate cu insulinorezistență (de ex. acantosis nigricans).
- 2. Persoanele cu prediabet (AGJ, STG sau HbA1c: 5,7-6,4%) vor fi testate anual
- 3. Persoanele cu diagnostic anterior de DZG vor fi testate cel puțin la 3 ani pe tot parcursul vieții
- 4. La toate celelalte persoane, screeningul începe la vârsta de 45 de ani.

Dacă rezultatele sunt normale, testarea trebuie repetată la fiecare 3 ani, dar testarea mai frecventă poate fi luată în considerare în funcție de rezultatele inițiale și de statusul de risc.

#### 5. HIV

- AGJ = alterarea glicemiei à jeun (sau glicemie bazală modificată), STG = scăderea toleranței la glucoză

Conform Normelor de aplicare a Contractului Cadru (CoCa) pentru anii 2021-2022 (Ordinul nr. 1068/627/2021 din 29 iunie 2021), precizările referitoare la serviciile preventive, mai precis consultațiile preventive de evaluare a riscului

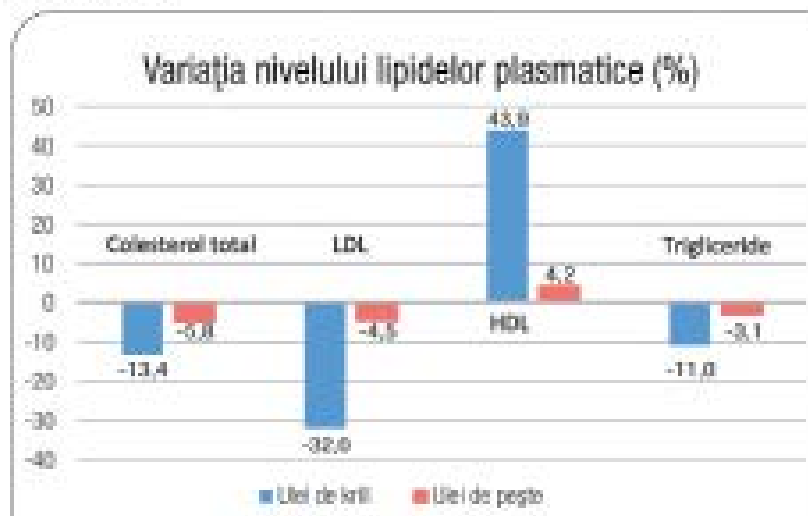


## CEL MAI PUR ULEI DE KRILL

Dovedit mai eficient decât uleiurile clasice de pește  
în **reglarea nivelului colesterolului și trigliceridelor**

### Eficacitate demonstrată clinic

Efectul pozitiv în reglarea nivelului lipidelor serice a fost demonstrat clinic într-un studiu dublu-orb, randomizat, efectuat pe 60 de pacienți cu dislipidemie (193-347 mg/dL colesterol total, trigliceridemie 203-354 mg/dL) cărora li s-au administrat timp de 3 luni zile de 2 capsule de Korill, respectiv 3 g ulei de pește zilnic<sup>1</sup>.



Într-un alt studiu<sup>2</sup> placebo-controlat, realizat pe 300 de pacienți cu hipertrigliceridemie (150-499 mg/dL, a jeun) s-a evidențiat o scădere a nivelului trigliceridelor cu 10,2% comparativ cu placebo la pacienții cărora li s-au administrat doze de 1-2 capsule de Korill, timp de 3 luni.

1. Scavotto/Groves, MD, Ph.D.; Farnier, MD, PhD; Lusa-Gavruscu, MD. Evaluation of the Effects of Krillene KOP-Clon on the Clinical Course of Hyperlipidemia. *Hereditas Medicine*. 2004, vol. 3, no. 4, 490.

2. Patel, Sanya, MD; Bhatta-Joshi, MD; Choudhury, MD; Khan, Sami, MD. Effect of Krillene KOP-Clon on Serum Lipid Profile without Increasing Low-Density Lipoprotein Cholesterol in Adults with Moderate High or High Triglyceride Levels. *Krishnan Research* 14, (2016) 120-130.

## Korill este recomandat în:

- ♥ Reglarea nivelului colesterolului și trigliceridelor;
- ♥ Reducerea riscului de apariție a evenimentelor cardiovasculare;
- ♥ Heparoprotecție complementară pe termen lung;
- ♥ Refacerea necesarului de acizi grași esențiali și de antioxidanți naturali.

### Doza recomandată pentru adulți:

2 capsule pe zi, înainte sau în timpul meselor.  
Se recomandă administrarea Korill în cure de minimum 6 luni.  
Pentru menținere curele pot fi prelungite pe termen lung, sau repetate.  
A nu se depăși doza de 6 capsule pe zi.

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.



**anience**

individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților din populația generală - fără semne de boală sunt:

- pentru persoanele beneficiare ale pachetului minimal (persoane neasigurate) – consultația preventivă se acordă o dată la 3 ani, investigațiile paraclinice recomandate nu sunt decontate
- pentru persoanele beneficiare ale pachetului de bază (persoane asigurate):
  - ▶ persoanele cu vârstă între 18-39 de ani – evaluarea se face o dată la 3 ani și cuprinde 2 consultații care se acordă într-un interval de maximum 90 de zile
- investigațiile paraclinice decontate din prevenție sunt: HLG, VSH, glicemie, colesterol seric total, LDL colesterol, creatinină.
- conform anexei nr.2 la ORD 868/542/2011 – contravaloarea se suportă de către furnizorii de servicii medicale paraclinice/analize medicale de laborator aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate
  - ▶ persoanele cu vârstă între 18-39 de ani depistate cu risc înalt – evaluarea se face anual și cuprinde 2 consultații care se acordă într-un interval de maximum 90 de zile
  - ▶ persoanele cu vârstă > 40 de ani evaluarea se face anual și cuprinde 3 consultații acordate într-un interval de maximum 6 luni
- investigațiile paraclinice decontate din prevenție sunt: HLG, VSH, glicemie, colesterol seric total, LDL colesterol, creatinină, PSA (la bărbați), TSH și FT4 (la femei).
- pentru investigații paraclinice – recomandate de medicii de familie persoanelor asimptomatice cu vârsta > 40 ani, în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiționale, după încheierea lunii în care acestea au fost acordate, în limita fondurilor alocate asistenței medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialități paraclinice. Pentru acestea, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor ține evidențe distincte.

#### În realitate:

- persoanele neasigurate nu pot beneficia de decontarea nici unei investigații paraclinice

- persoanele asigurate cu vârstă între 18-39 de ani ar putea beneficia de decontarea investigațiilor din prevenție, dar aproape nici un laborator nu acceptă să suporte din fondurile proprii aceste costuri, prin urmare nu vor efectua aceste determinări
- pentru persoanele cu vârstă > 40 de ani laboratoarele ar putea cere suplimentarea fondurilor, dar dintr-un motiv necunoscut, cele mai multe laboratoare refuză să solicite această suplimentare
- în acest context, este impropriu să vorbim despre servicii preventive pentru prevenirea și depistarea precoce a DZ, în conformitate cu recomandările ghidului. Medicul de familie nu este legitimat să formuleze diagnosticul de DZ și nu poate face în mod real screening populațional.

#### Propunerile de modificare a Normelor de aplicare a Contractului Cadru referitoare la persoanele care ar putea avea diabet sunt:

- adulții asimptomatici de orice vârstă supraponderali sau obezi și/sau care prezintă unul sau mai mulți factori de risc pentru DZ se recomandă efectuarea TTGO și a HbA1c, completându-se câmpul corespunzător prevenției.
  - ▶ HbA1c se recomandă în cadrul PNS 5
  - ▶ pacienții care vor întruni cel puțin una dintre următoarele condiții: glicemie a jeun între 110-125 mg/dl, TTGO între 140-199 mg/dl, HbA1c în intervalul 5,7%-6,4% vor fi incluși de către medicul de familie în Programul Național de Diabet (PNS 5) și se va iniția tratamentul cu DCI Metforminum
  - ▶ dacă la consultațiile ulterioare valoarea HbA1c > 6,5%, pacientul va fi trimis la medicul specialist diabetolog/ cu competență în diabet.

#### Comentariu:

- conform recomandărilor din ghid, pentru confirmarea diagnosticului de pre-diabet sau diabet în cazul absenței unei hiperglicemii neechivoce, criteriile 1-3 se vor repeta (vezi criteriile de diagnostic)
- efectuarea corectă a TTGO presupune o anumită procedură, care nu poate fi respectată în cadrul unui laborator obișnuit. Prin urmare, această evaluare nu va putea fi efectuată la recomandarea medicului de familie.
- din cauza mecanismului de decontare a HbA1c din PNS 5, foarte puține laboratoare efectuează HbA1c în regim

ambulatoriu, decontat de CNAS.

- conform ghidului, „prediabetul nu trebuie văzut ca o entitate clinică independentă, ci mai degrabă o stare asociată cu un risc crescut de DZ și boli cardiovasculare”. În acest context, care va fi diagnosticul formulat pentru a înregistra pacientul în PNS 5 și pentru a prescrie medicația?

#### Concluzie:

- în acest moment avem o problemă la nivel de țară referitor la nivelul de diagnosticare a diabetului
- reglementările actuale aparent permit evaluarea populației generale, cu posibilitatea depistării precoce a DZ, dar în realitate nu se pot implementa din cauza mecanismelor greoaie de decontare a investigațiilor paraclinice
- propunerile de modificare a Normelor de aplicare a CoCa ar permite, în plus, documentarea pre-diabetului și tratarea acestuia. Monitorizarea paraclinică se face în continuare din prevenție, prin urmare, mai probabil nu va putea fi făcută dacă nu se schimbă mecanismele de decontare a investigațiilor de laborator.
- HbA1c ar rămâne în continuare ca decontare din PNS 5 ceea ce a dovedit că este dificil de efectuat în regim ambulatoriu.
- de vreme ce investigațiile de laborator din prevenție au fost refuzate de către marea majoritate a laboratoarelor de la început, la fel ca și decontarea HbA1c în regim ambulatoriu, ar trebui regândit modul de decontare al acestor investigații.

#### Bibliografie:

1. Ghidul de management al diabetului zaharat din 2021 - Societatea Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, Federația Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice
2. Ordinul nr. 1068/627/2021 din 29 iunie 2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022
3. Proiectul de Ordin pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, precum și prelungirea aplicării prevederilor acestuia, forma actualizată – publicat în data de 21.02.2022

*Fiine esti venit in calitate*  
**MAVENCLAD<sup>®</sup>**



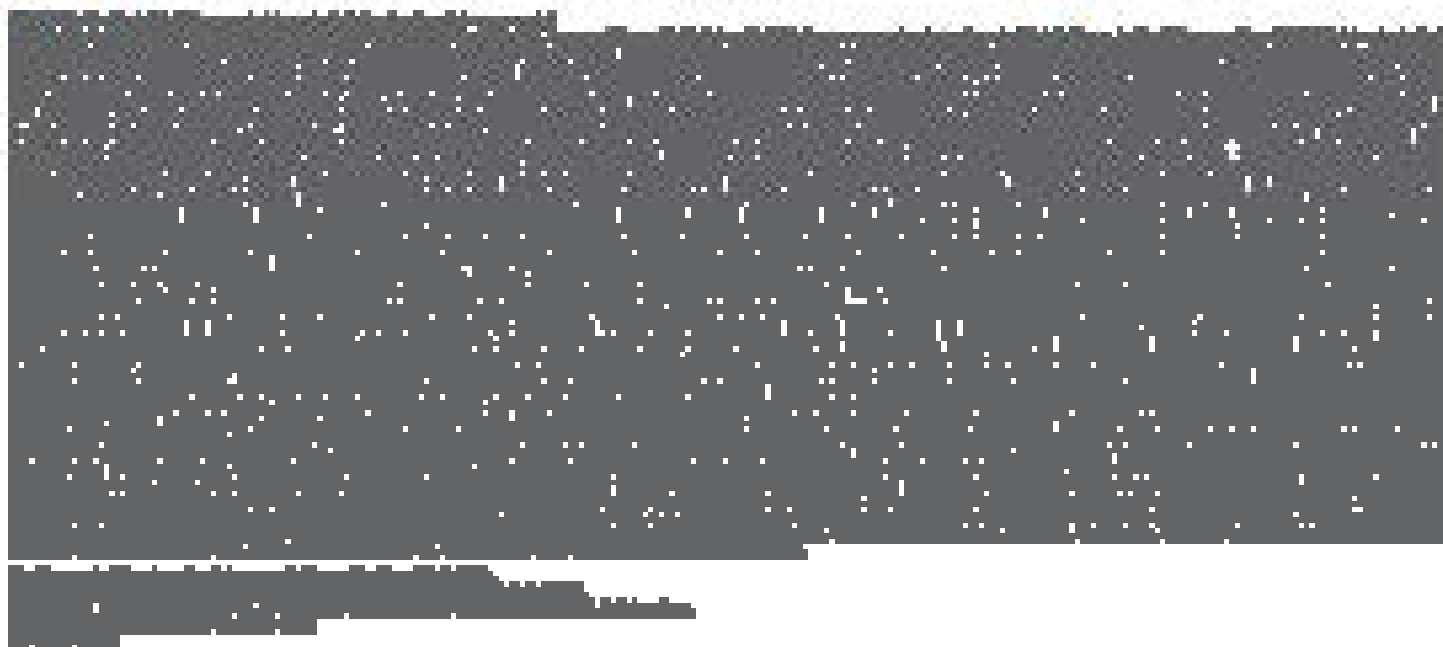
**MAVENCLAD<sup>®</sup> este indicat pentru izolarea pacienților cu afecțiuni medicale în momentul foarte critic, datorită prin caracteristicile sale unice magistrale.**



MAVENCLAD este un medicament care conține un singur ingredient activ, mavenclad, și este utilizat pentru izolarea pacienților cu afecțiuni medicale în momentul foarte critic, datorită prin caracteristicile sale unice magistrale.



**MAVENCLAD<sup>®</sup>**  
Mavenclad





**3 X EFICIENȚĂ**

**MENTINE SĂNĂTATEA  
PICIOARELOR!**