



# MEDICAL MARKET

**Prof. Dr. Roxana Maria Nemeș**  
Președinte Societatea Română de Pneumologie

## Pneumologie

Revista profesioniștilor din Sănătate

2021 - 2022

**Prof. Dr. Ruxandra Ulmeanu**  
Directorul școlii SRP

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

**Ș.L. Dr. Monica Marc**  
Președinte Secțiune Tabacologie a SRP

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

**Conf. Univ. Dr. Paraschiva Postolache**  
Fondator al Grupului de Lucru de Reabilitare Respiratorie al SRP

**Tolerabilitate avansată\***  
Activitate bactericidă foarte puternică împotriva tulpinilor sensibile și rezistente de M. tuberculosis\*

**ȚIN-UNA SE SCORBĂ ODATA CU TINE**



**INFORMAȚII ESENȚIALE DIN SCURTULUI CARACTERISTICILOR DE PRODUȘI. Denumirea comercială a medicamentului Deltyba 50 mg comprimate filmate: 3. Compoziția calitativă și cantitativă: 50 mg. Dozaj: comprimate filmate orale. Dozaj: 50 mg. Dozaj: comprimate filmate orale. 4. Conținutul ambalajului: 30 comprimate filmate orale. 5. Conținutul ambalajului: 30 comprimate filmate orale. 6. Conținutul ambalajului: 30 comprimate filmate orale. 7. Conținutul ambalajului: 30 comprimate filmate orale. 8. Conținutul ambalajului: 30 comprimate filmate orale. 9. Conținutul ambalajului: 30 comprimate filmate orale. 10. Conținutul ambalajului: 30 comprimate filmate orale.**

Publicație adresată cadrelor medicale

\* Deltyba TM 50 mg comprimate filmate este un medicament generat de...  
Revista Medicală din România, București 2022



Deplina AD Reproducibil și Penibilă  
Buc., Primăria Nr. 19-21, Etaj 1, sector 1, 011972 București  
Tel.: +4021 260 1344, Fax: +4021 260 9327  
Parlamentului: +40374 204 839  
info@deplina.ro  
pharmaceutical@deplina.ro



# ACT ON COPD

**Importanța Responsabilității din Partea Pacienților Afecțiunii Cronice pentru a preveni și gestiona boala.**



- Responsabilitate clară în ceea ce privește îngrijirea<sup>1</sup>
- Cel mai mic procent de EFPC cu exacerbări<sup>2</sup>



- Responsabilitate publică în dezvoltarea serviciilor și programelor de îngrijire<sup>3</sup>
- O abordare responsabilă pentru stabilirea și deținerea afecțiunii pulmonare<sup>4</sup>



- Dezvoltarea diferențiată de servicii - cu un accent deosebit de mare pe prevenirea și stabilirea afecțiunii<sup>5</sup>
- 1 din 5 pacienți mor în urma decesului datorat afecțiunii sau de cauză respiratorie<sup>6,7,8</sup>



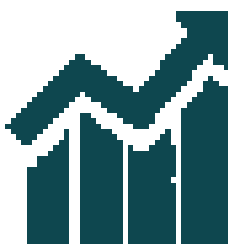
- Implementarea tuturor etapelor de management în cazul pacienților, a fost asociată cu creșterea duratei medii de viață<sup>9</sup>
- O abordare responsabilă a afecțiunii pulmonare de specialitate este necesară pentru prevenirea exacerbărilor și mortalității<sup>10</sup>

## **Responsabilitățile din Partea Pacienților Afecțiunii Cronice (PAC) în**

**Raportul GOLD<sup>11</sup> dintr-o perspectivă europeană în EFPC ca pe o "Trăindărie" versus o simptomatologie respiratorie cu servicii medicale suplimentare<sup>12</sup>.**

### **Simptomele caracteristice**

- Dispnee
- Tuse
- Sputa purulentă sau sângeroasă
- Tuse
- Wheezing




**Simptomatologia publică din Tratatul T și T2 este, dar în unele cazuri pot apărea senzații diferite**

### **Tratamentul caracteristic**


- **Lungare** | Pacienți GOLD sau ACOB<sup>13</sup>
- **Moderată** | GOLD sau ACOB și simptome și/sau exacerbări ușoare
- **Severe** | Exacerbări care duc la mortalitate sau spitalizare. Pacienți care nu au exacerbări respiratorii acute

**Tratamentul este diferit de implementarea serviciilor pentru**


**1. European Respiratory Society (ERS) and Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). "Management of COPD: A European Perspective." *European Respiratory Journal*, 2013; 41(5): 1000-1017.**  
**2. Global Burden of Disease Study 2019. "Chronic Obstructive Pulmonary Disease." *Lancet*, 2020; 395(10262): 1703-1733.**  
**3. European Respiratory Society (ERS) and Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). "Management of COPD: A European Perspective." *European Respiratory Journal*, 2013; 41(5): 1000-1017.**  
**4. Global Burden of Disease Study 2019. "Chronic Obstructive Pulmonary Disease." *Lancet*, 2020; 395(10262): 1703-1733.**  
**5. European Respiratory Society (ERS) and Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). "Management of COPD: A European Perspective." *European Respiratory Journal*, 2013; 41(5): 1000-1017.**  
**6. Global Burden of Disease Study 2019. "Chronic Obstructive Pulmonary Disease." *Lancet*, 2020; 395(10262): 1703-1733.**  
**7. European Respiratory Society (ERS) and Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). "Management of COPD: A European Perspective." *European Respiratory Journal*, 2013; 41(5): 1000-1017.**  
**8. Global Burden of Disease Study 2019. "Chronic Obstructive Pulmonary Disease." *Lancet*, 2020; 395(10262): 1703-1733.**  
**9. European Respiratory Society (ERS) and Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). "Management of COPD: A European Perspective." *European Respiratory Journal*, 2013; 41(5): 1000-1017.**  
**10. Global Burden of Disease Study 2019. "Chronic Obstructive Pulmonary Disease." *Lancet*, 2020; 395(10262): 1703-1733.**  
**11. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). "Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD." *European Respiratory Journal*, 2021; 52(1): 1-113.**  
**12. European Respiratory Society (ERS) and Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). "Management of COPD: A European Perspective." *European Respiratory Journal*, 2013; 41(5): 1000-1017.**  
**13. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). "Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD." *European Respiratory Journal*, 2021; 52(1): 1-113.**




**Dr. Adriana Socaci**  
Membru Comitet Director - Secțiunea Tuberculoză a SRP, Coordonator Tehnic Județean Programul Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei



**Dr. Pribac Ioan**  
Medic primar pneumolog, Spitalul Clinic Județean Mureș, Clinica Pneumologie Tg. Mureș, Clinica Holomed Tg. Mureș



**Dr. Vultur Mara Andreea**  
Medic rezident pneumolog, Sp. Clinic Județean Mureș, Clinica Pneumologie Tg. Mureș, voluntar Clinica Holomed Tg. Mureș



**Dr. Norbert Wellmann**  
Medic rezident pneumolog, Sp. Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie, "Victor Babeș" Timișoara

**EXIGENȚĂ ȘI EXCELENȚĂ  
ÎN ASTM**  
Ediția a II-a  
ONLINE 5 - 6 MAI 2021 [www.srp.ro](http://www.srp.ro)



Eveniment acreditat EMC



Editor  
Calea Rahovei, nr. 266-268,  
Sector 5, București,  
Electromagnetica Business Park,  
Corp 60, et. 1, cam. 19  
Tel: 021.321.61.23  
e-mail: [redactie@finwatch.ro](mailto:redactie@finwatch.ro)



„Societatea Română de Pneumologie vine în sprijinul pacienților cu afecțiuni respiratorii cronice prin lansarea unor importante platforme și proiecte” <b>Interviu realizat cu Prof. Dr. Roxana Maria Nemeș</b>	<b>6</b>
„Bolile respiratorii cronice sunt subdiagnosticate, subevaluate și încă monitorizate insuficient” <b>Interviu realizat cu Prof. Dr. Ruxandra Ulmeanu</b>	<b>10</b>
Post COVID-unde se termină și unde începe misiunea pneumologului <b>Prof. Dr. Florin Mihălțan</b>	<b>14</b>
Utilitatea dispozitivelor cu flux mare de oxigen pe canulă nazală (HFNC) în pneumonia cu virus SARS-CoV-2 <b>Ș. L. Dr. Monica Marc, Dr. Norbert Wellmann</b>	<b>18</b>
Reabilitarea pulmonară post-infecție SARS-CoV-2 <b>Conf. Univ. Dr. Paraschiva Postolache</b>	<b>24</b>
Terapia cu ozon prin sânge - Autohemoterapia <b>As. Univ. Dr. Lavinia Davidescu</b>	<b>26</b>
Reabilitarea respiratorie post-COVID-19 - o abordare holistică <b>Dr. Pribac Ioan, Dr. Vultur Mara Andreea</b>	<b>28</b>
Tuberculoza în era COVID-19 <b>Dr. Adriana Socaci</b>	<b>34</b>
De ce Asociația de Apnee în Somn (AAS)?	<b>38</b>
Beneficiile Aspivitei în tratamentul infecției cu COVID-19 <b>Dr. Savu Angelica</b>	<b>39</b>

# CHIAR ȘI 1 EXACERBARE MODERATĂ A BPOC POATE ACCELEREA PROGRESIA BOLII\*



Dublarea ratei de  
**DECLIN  
AL FUNCȚIEI  
PULMONĂRE<sup>1</sup>**



Creșterea  
riscului viitor de  
**SPITALIZARE**  
cu 21%<sup>2</sup>



Impact extrapulmonar cu  
**DUBLAREA RISCULUI DE  
INFARCT MIOCARDIC ÎN  
URMĂTOARELE 5 ZILE<sup>3</sup>**



**1 DIN 5** pacienți cu BPOC **MOARE ÎNTR-UN AN**  
de la prima spitalizare datorată exacerbării bolii<sup>4</sup>

Exacerbările din BPOC **NU** sunt întodeauna  
**RECUNOSCUTE DE PACIENT, COMUNICATE MEDICULUI  
& TRATATE CORESPUNZATOR**

**EXACERBARILE AU UN IMPACT NEGATIV  
ASUPRA VIEȚII PACIENȚILOR CU BPOC**

**ESTE TIMPUL SĂ  
ACȚIONĂM**

**ACT  
ON  
COPD**

\*Nu sîng anterior exacerbării sau cu un grup de pacienți care nu au avut exacerbări în perioada de observație de debut a exacerbării.  
Referințe: 1. Halpin et al., Respiratory Medicine, 2017;125:85-91; 2. Rothella KJ et al. Am J Respir Crit Care Med 2018; 198:404-411; 3. Corrales-Garcia et al. Chest. 2019;155(10):1981-1987; 4. Ho TW et al. PLoS One. 2014;9(1):1-6.  
Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.  
RO-020604-2021

**AstraZeneca** 

ASTRAZENECA PHARMA S.R.L.  
Str. Muresului nr. 12, BDF, corp D1, etajul 1, 012113, sector 1, București  
Tel.: +40 21 217 08 41; Email: office.comercial@astrazeneca.com



## „Societatea Română de Pneumologie vine în sprijinul pacienților cu afecțiuni respiratorii cronice prin lansarea unor importante platforme și proiecte”

**Interviu realizat cu Prof. Dr. Roxana Maria Nemeș,**  
Președinte al Societății Române de Pneumologie



Iată că a trecut un an de când COVID-19 a schimbat dinamica activității noastre. Despre ceea ce reprezintă pandemia COVID-19 și afectarea pacientului cu boli pneumologice, precum și despre activitatea SRP, stăm de vorbă cu doamna **Prof. Dr. Roxana Maria Nemeș, medic primar pneumolog, medic specialist pediatru, Doctor în Științe Medicale, Șef Laborator Explorări Funcționale Respiratorii Speciale la Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, Președinte al SRP**

**În perioada 6-8 mai se desfășoară editia a II-a a Conferinței „Excelența și exigența în astm”, a cărei președinte sunteți. Vă rugăm să ne informați cu ce noutăți ne întâmpină dpdv al tematicii sesiunilor și participării speaker-ilor la acest important eveniment?**

Diagnosticul de astm este un diagnostic de mare finețe și de mare responsabilitate.

Conferința „Excelența și exigența în astm” este o conferință cu o abordare multidisciplinară a astmului. Ne onorează cu prezența personalități medicale din multiple specialități, precum: cardiologie, medicină internă, gastroenterologie, diabet zaharat și nutriție, endocrinologie, ORL, pediatrie, pneumologie pediatrică, dermatologie, recuperare medicală, alergologie, medicină de familie. Tematica este variată și evidențiază patologia astmului

din mai multe puncte de vedere: astmul în sarcină, astmul în sportul de performanță, astmul cu debut în copilărie și debut tardiv, la vârstnic, despre tulburările de somn la copilul cu astm, despre importanța vaccinării, relația astm-dermatită atopică și multe alte abordări interesante.

Doresc să menționez că acest eveniment este precedat de un important curs de reabilitare respiratorie cu valențe semnificative în abordarea acestui subiect de recuperare respiratorie a pacienților cu afecțiuni respiratorii cronice: astm, BPOC, recuperare post-operatorie, un loc aparte constituindu-l recuperarea respiratorie a pacienților post COVID-19, cursul fiind coordonat de doamna Asist. Univ. Dr. Alina Croitoru alături de o echipă de colegi inimoși.

Sesiunile desfășurate sunt de interes și abordate multidisciplinar, deoarece, din fericire, suntem de mult timp adepți ai parteneriatelor de acest fel.

**Astmul este o afecțiune des întâlnită care se poate manifesta încă din copilărie. Aproximativ 5-10% din populația diagnosticată cu astm se încadrează în criteriile de definiție a astmului sever. Care sunt noile recomandări GINA în contextul pandemiei COVID-19?**

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

Tot conform ghidului GINA, se va evalua periodic complianța pacientului la tratament, precum și expunerea

# LA PUTEREA 2.

**2**

Rubrica de activități

**2**

Activitățile zilnice

**2**

Pași de lașitate

De două ori pe săptămână: ameliorarea simptomelor BPOC de către masa de masă, din timpul zilei și al nopții, comparativ cu placebo și comparativ cu monocomponentele<sup>1,2</sup>



© 2014 Bimota S.p.A. - Via Salaria, 1000 - 00198 Roma, Italia

1. Bimota S.p.A. - Via Salaria, 1000 - 00198 Roma, Italia



2. Bimota S.p.A. - Via Salaria, 1000 - 00198 Roma, Italia

3. Bimota S.p.A. - Via Salaria, 1000 - 00198 Roma, Italia

4. Bimota S.p.A. - Via Salaria, 1000 - 00198 Roma, Italia

5. Bimota S.p.A. - Via Salaria, 1000 - 00198 Roma, Italia



**BIMOTA**  
S.p.A.

6. Bimota S.p.A. - Via Salaria, 1000 - 00198 Roma, Italia

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

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

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

**Pandemia ne-a obligat la distanțare socială. Care a fost impactul restricțiilor impuse de această pandemie atât pentru pacient cât și pentru medic?**

La începutul pandemiei, adresabilitatea pacientului către medic s-a redus semnificativ, un punct sensibil fiind frica lăuntrică a acestuia de a nu se infecta. A trebuit să ne adaptăm, la fel și pacienții noștri, la programare, teleconsultații, rețete transmise electronic către pacienți, informații obținute online, o viață întregă reinventată. O latură importantă a activității noastre a fost aceea că am continuat să fim alături de pacienți, chiar dacă acest lucru a fost făcut de la distanță de multe ori.

**Programele de prevenție au fost întotdeauna o prioritate. Ce proiecte a demarat SRP anul acesta?**

Anul acesta, Societatea Română de Pneumologie vine în sprijinul pacienților cu afecțiuni respiratorii cronice (astm, BPOC, cancer, patologii interstițiale, boli rare), dar nu numai, prin lansarea unei platforme unice, Casa Pneumologilor Români ([www.casapneumologilor.ro](http://www.casapneumologilor.ro)).

Acest proiect își propune să reunească și să gazduiască cea mai mare comunitate a pacienților cu afecțiuni cronice respiratorii din România, iar alături de ei, comunitatea pneumologilor români. Pe lângă rolul informativ și de educare a publicului, furnizând informații medicale validate de specialiști recunoscuți în patologiile respiratorii, platforma Casa Pneumologilor Români conține două instrumente noi – Harta Pneumologilor români și aplicația Navigator.

În prima etapă a programului va fi implementată Harta pneumologilor români, un instrument de care pacienții cu afecțiuni respiratorii au nevoie acum mai mult decât oricând.

Această aplicație vine în sprijinul celor care au nevoie de asistență medicală de specialitate și răspunde la cea mai simplă dar importantă întrebare care se rostește atunci când apare nevoia unui consult medical: UNDE și CUI mă pot adresa?

Harta Pneumologilor Români va permite fiecărui pacient să localizeze specialistul de care are nevoie, cât mai rapid și cât mai aproape de el. Pe această platformă pacientul va găsi informații legate de specialiștii din zona lui de interes.

**Aplicația Navigator va deveni operațională odată cu Harta Pneumologilor și va fi activă începând cu data de 5 mai 2021 – momentul lansării aplicației, în cadrul Conferinței de Presă pe care Societatea Română de Pneumologie o susține în mod tradițional în ultimii 15 ani cu ocazia Zilei Mondiale a Astmului.**

Prin intermediul acestei aplicații, venim în ajutorul acelor pacienți care

au nevoie de suport în programarea unei consultații la un medic pneumolog înscris în platformă.

Pacientul poate apela call center-ul pus la dispoziție prin numărul de telefon **021 9904**, în zilele lucrătoare, în intervalul orar 09.00-18.00.

Operatorul va prelua apelul și în funcție de opțiunile exprimate de pacient (medic, județ, localitate), va efectua o programare a unui consult de specialitate la medicul pneumolog indicat. Operatorul va reveni către pacient pentru a-l informa despre data programării.

Programările pentru consult se vor putea face atât în centrele de stat, cât și în cele private. În funcție de relația contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate pe care instituția unde activează medicul pneumolog solicitat, consultația poate fi

- Gratuită – în baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie
- Contracost – dacă instituția unde lucrează medicul pneumolog nu are relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate

Deasemeni, un important proiect demarat în acest an și susținut de către SRP este **Proiectul de prevalență al astmului**, proiect ce va fi implementat la nivel național.

Astmul este considerat un grup heterogen de sindroame, cu caracteristici clinice, evolutive și terapeutice diferite, iar definirea fenotipului este importantă pentru prognosticul bolii. Costurile îngrijirii astmului în general sunt ridicate, cu o creștere estimată de 10 ori până în 2050.

Cauzele creșterii prevalenței astmului sunt complexe, incluzând: poluarea de interior și de exterior, creșterea expunerii la aeroalergene, modificări climatice, stilul de viață, modificări de dietă, sedentarismul, reducerea stimulării microbiene în primii ani de viață.

Mulțumiri tuturor colegilor pentru eforturile deosebite și dăruirea de care dau dovadă în fiecare zi.



*Ai grijă de tine, respiră cu noi!*



**Messer Medical Home Care Ro** este parte a grupului Messer, grup internațional de origine germană cu o vechime de peste 100 de ani și 6.000 de angajați la nivel mondial.

Înființată în 2018, **Messer Medical Home Care Ro** activează în prezent cu două linii de business. Prima, formată din dispozitivele pentru oxigenoterapie de lungă durată la domiciliu (OLD) – concentratoarele de oxigen, este dedicată persoanelor cu afecțiuni respiratorii. A doua linie de business, ceva mai complexă, este formată atât din echipamente de diagnostic cât și din dispozitive și accesorii pentru tratamentul Sindromului de Apnee în Somn (SAS).

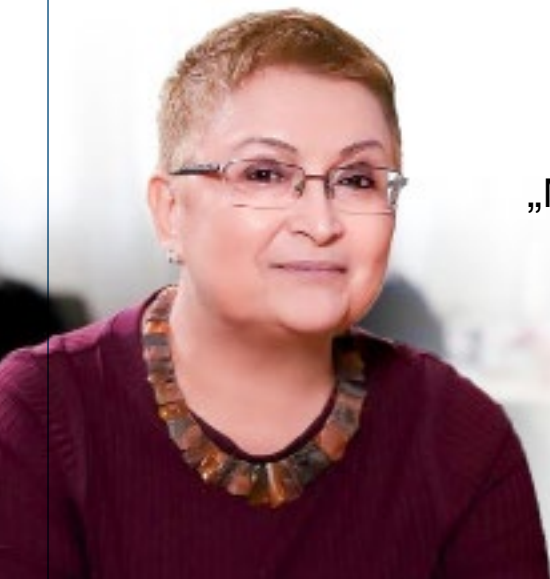
Messer Medical  
Home Care



Messer Medical Home Care RO SRL  
Str. Delea Veche Nr. 24, Corp A, Et. 2  
024102, Sector 2, București  
Tel +40 21 529 55 65, +40 720 49 99 49  
Fax +40 31 425 35 77  
E-mail: [mgr@messermedical.ro](mailto:mgr@messermedical.ro)

Part of the Messer World 

# „Bolile respiratorii cronice sunt subdiagnosticate, subevaluate și încă monitorizate insuficient”



**Interviu realizat cu Prof. Dr. Ruxandra Ulmeanu,**  
Medic primar pneumolog, Doctor în Medicină, Șef  
Departament Bronhologie - Institutul de Pneumologie  
„Marius Nasta“ București, Profesor Universitar asociat,  
Șeful Disciplinei de Pneumologie - Facultatea de  
Medicină Oradea, Directorul școlii SRP

## Cum a influențat SARS-CoV-2 bolile pulmonare?

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

Persoanele cu astm, dintre pacienții cu boli respiratorii cronice, sunt mai puțin afectate de COVID-19, dar atenție, cei cu astm necontrolat și mai ales cu astm sever, sunt predispuși a fi afectați de forme severe ale infecției cu SARS-CoV-2. Mesajul esențial al Global Initiative for Asthma (GINA) este că acești pacienți cu astm bronșic trebuie să scadă la minimum șansele de a se infecta. Pe de altă parte, experții declară că nu există dovezi științifice care să susțină că, corticoterapia inhalatorie sau orală trebuie evitată la pacienții cu astm în contextul pandemiei COVID-19. Mesajul esențial pentru aceștia în contextul COVID-19, ca recomandare fundamentală a GINA, este acela că trebuie să își mențină terapia regulată inhalatorie cu corticoizi inhalatori.

Pacienții cu BPOC în contextul pandemiei: GOLD (Global Initiative for Chronic

Obstructive Lung Disease) recunoaște că persoanele cu BPOC sunt printre cele mai afectate de COVID-19. Se încurajează ca persoanele cu BPOC să urmeze sfaturile echipelor de sănătate publică din propriile țări și din nou, același lucru ca și pentru pacienții cu astm, să scadă la minimum șansele de a se infecta. GOLD menționează absența oricărei dovezi științifice care să susțină că, corticoizii inhalatori sau sistemici trebuie evitați la pacienții cu BPOC în timpul epidemiei COVID-19.

Mesajul fundamental GOLD pentru pacienții cu BPOC în contextul pandemiei este acela că aceștia trebuie să își mențină terapia regulată, cu bronhodilatatoare inhalatorii.

Pacienții cu cancer pulmonar sunt o categorie aparte în ceea ce privește impactul pandemiei COVID-19 deoarece, așa precum bine știm, cancerul pulmonar este cel mai rău dintre cancere, fiind descoperit extrem de tardiv pentru peste 75% din pacienți în momentul diagnosticului inițial. Formele de boală sunt severe și foarte severe, și datorită faptului că evoluția acestei afecțiuni este extrem de rapidă astfel încât, în mod real, putem vorbi de o supraviețuire pentru acești pacienți cu cancer pulmonar în stadii foarte avansate, de circa de 5% la 5 ani. În pandemie, accesul pentru diagnostic al acestor pacienți a fost în mod evident întârziat, în primul rând datorită faptului că pacienții s-au temut să vină la spital din cauza pericolului potențial pentru COVID-19, dar și datorită faptului că cea mai mare parte a medicilor pneumologi români au fost și sunt încă în prima linie, angre-

nați în lupta contra infecției SARS-CoV-2. Așadar, având în vedere gravitatea extremă a acestei afecțiuni, pacienților trebuie să li se acorde o grijă extremă în ceea ce privește tot ceea ce înseamnă măsuri de prevenție împotriva infecției, cu atât mai mult cu cât vorbim despre pacienți al căror tratament oncologic conduce de foarte multe ori la o diminuare a imunității. Este și motivul pentru care, în colaborare cu medicii oncologi, trebuie stabilită perioada în care acești pacienți vor fi vaccinați, ca fiind aceea în care statusul lor imunitar permite acest lucru.

**Se știe că fumatul este unul dintre generatorii anumitor boli pulmonare. Sunt predispuși fumătorii la un risc ridicat de îmbolnăvire cu SARS-CoV-2 și la o evoluție severă a bolii COVID-19?**

Fumătorii au deja probleme extrem de importante în ceea ce privește afectarea căilor aeriene, pulmonare, afectarea sistemului cardiovascular, evident că tot acest impact inflamator va avea drept consecință un risc mai mare pentru forme mai severe de COVID-19, având în vedere faptul că această infecție impactează cel mai grav și mai sever exact acest palier format de căile aeriene și pulmonare, format de sistemul vascular și de impactul pe cord. Rezervele fiziologice ale fumătorului cronic, asadar, sunt extrem de reduse în ceea ce privește impactul cu un atac inflamator extrem de sever așa cum se produce în momentul în care vorbim de infecția cu SARS-CoV-2.

*World-Class  
Sleep Therapy  
Solutions*



**F&P**  
SleepStyle



**F&P**  
Vitera

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



**Studiul BPOC – care sunt caracteristicile populației la risc pentru această afecțiune din România și cum a evoluat în timp, având în vedere studiile anterioare realizate de SRP? Cum ar trebui să susțină politicile de sănătate această povară pentru pacienții români, numită BPOC?**

Bolile respiratorii cronice și în primul rând BPOC afectează tot mai multe persoane în fiecare an. Observăm o creștere continuă a acestei poveri imense care este, din păcate, încă prea puțin vizibilă. Bolile respiratorii cronice sunt subdiagnosticate, subevaluate și încă monitorizate insuficient.

Actualizarea datelor de prevalență a BPOC în România înseamnă a sublinia și mai clar necesitatea diagnosticării precoce, rezultând astfel necesitatea creșterii accesului pacienților la tratament în faze cât mai incipiente de boală, astfel încât să poată fi efectuată fundamentarea unor strategii de sănătate pe termen lung și mediu.

Studiul de prevalență al BPOC efectuat în 2018-2019 prezintă o premieră pentru România dpdv al acoperirii naționale și al amplitudinii datelor culese printr-un chestionar standardizat și ulterior prin evaluarea spirometrică a subiecților. Acest studiu a reprezentat o continuare firească a proiectelor de evaluare a prevalenței BPOC în România desfășurate în anii 2011-2012 sub egida SRP în momentul în care președintele societății era domnul Prof. Dr. Florin Mihălțan. Scopul studiului a fost estimarea prevalenței BPOC la nivelul populației adulte de peste 40 ani din mediul urban și rural din România. Realizarea studiului s-a efectuat în 2 etape: aplicarea unui chestionar adaptat din chestionarele utilizate din studii internaționale similare și evaluarea spirometrică a subiecților selectați. Așadar, cercetarea a cuprins două componente: screeningul prin chestionar individual, respectiv estimarea prevalenței la nivel de regiuni pe un eșantion de 8.000 persoane cu vârste peste 40 de ani bazat pe evaluarea factorilor de risc pentru BPOC, iar cealaltă componentă a fost efectuarea spirometriilor, în fapt, estimarea prevalenței naționale, pe un eșantion de 700 de respondenți cu vârste peste 40 de ani. Așadar, ultima anchetă, ultimul studiu efectuat de SRP în anii 2018-2019 privind prevalența BPOC în România arată existența unei prevalențe a BPOC de 8,3%. Deci, 8,13% în anul 2012 era prevalența BPOC în România,

conform studiului de evaluare a prevalenței efectuat tot sub egida SRP, iar în anul 2018, avem o prevalență de 8,3%. Dacă comparăm datele anchetelor din 2012 și 2018, observăm un lucru îmbucurător în sensul că tratamentele administrate inhalator ce reprezintă forma de elecție a administrării tratamentului bronhodilatator la pacienții cu BPOC a crescut cu 26%. Un alt lucru îmbucurător este faptul că în ceea ce privește profilul acestor tratamente inhalatorii, terapia cu beta-2 agonist de scurtă durată care era utilizată în exces înainte, a scăzut cu 40% în anul 2018 față de 2012, în același timp crescând cu 26% combinațiile inhalatorii între beta-2 agonistii de lungă durată și corticoizii inhalatori. Din păcate, încă există un deficit mare de utilizare a tratamentelor inhalatorii de elecție pentru pacienții cu BPOC, respectiv tratamentele bronhodilatatoare, fie cu anticordigergice fie cu combinații între anticordigergice de lungă durată și beta-2 agonistii de lungă durată. Observăm în același timp o creștere a factorilor de risc și a simptomelor respiratorii în populație, comparativ 2012-2018 a fumătorilor, 33% în 2012, 53% în 2018, resimțirea greutateilor în respirație și a lipsei de aer 43% a ajuns în 2018 față de 30% în 2012, tusea și expectorația dimineața la trezire cel puțin 3 luni pe an, 2 ani consecutiv, 21% față de 17%, în ultimele 12 luni dacă au resimțit suierături în piept, 24% față de 18%. Cel mai răspândit factor de risc pentru BPOC rămâne fumatul, 60% dintre respondenții la risc au fumat cel puțin 1 an în decursul vieții lor iar proporția este semnificativ mai mare în rândul bărbaților, vârsta medie de debut a fumatului a fost de 21 de ani, similară indiferent de gen, studii, ocupație, venit, mediu de rezidență sau regiunea de dezvoltare. 7 din 10 persoane cu afecțiuni respiratorii au făcut cel puțin o spirometrie de-a lungul vieții și 43% au făcut o spirometrie în ultimele 12 luni. 2 din 5 pacienți cu astm, BPOC, bronșită cronică, sunt urmăriți cu regularitate de un medic pentru problemele respiratorii. 42% dintre aceștia sunt urmăriți de medicii pneumologi.

**Aderența la tratamentul bolilor pulmonare este cel mai important factor care, deseori, compromite rezultatele acestuia. Cum poate fi îmbunătățită, mai ales în BPOC și astm?**

În România, prevenirea și controlul bolilor respiratorii cronice, în primul

rând a BPOC, înseamnă diagnostic precoce, acces precoce la tratament și prevenție. Dacă vorbim despre aderența la tratament, trebuie spus un lucru simplu: medicamentele nu au efect dacă pacienții nu le iau. SRP a inițiat și studiul INSPIRO de intervenție împotriva nonaderenței în sprijinul pacienților cu astm și BPOC din România. Ceea ce a relevat acest studiu a fost că există 68% nonaderență la tratamentele inhalatorii. Care sunt motivele de nonaderență? Pacienții uită să își ia medicația, nu înțeleg boala și, nu în ultimul rând, motivele financiare. Cea mai importantă cauză de nonaderență, 49%, este aceea că pacienții uită să își administreze medicația zilnic. Insuficienta înțelegere a bolii cronice este valabilă pentru 47% din pacienți, care renunță la medicație când se simt mai bine. Teama de efecte adverse, inutilitatea medicației și faptul că administrarea medicației inhalatorii ar afecta viața de zi cu zi a pacienților, sunt iarăși motive de nonaderență.

Educația pacienților este extrem de importantă pentru creșterea aderenței, pentru studiul INSPIRO. În urma intervențiilor educaționale, în urma workshop-urilor efectuate cu pacienții și în urma accesului la informații tipărite sau online în limbaj nonmedical accesibil pacienților, au existat cu aproape 58% mai puțin pacienți cu aderență scăzută la tratament sau cu 79% mai mulți pacienți cu aderență bună la tratamentul inhalator.

Există așadar un impact foarte mare pentru creșterea aderenței în ceea ce privește educația medicală a pacienților. Medicația inhalatorie era administrată zilnic de numai 51% din pacienți, înainte de educația medicală. După, aceștia vor ajunge la 80%. Opreau medicația când se simțeau mai bine inițial 47%, după educație medicală, numai 22%. Administrau mai puține doze inițial 40%, după educație medicală, numai 11%. Renunțau la medicație din motive financiare inițial 40%, după, numai 20% din pacienți.

Așadar, extinderea formelor de educație medicală pentru pacienți focalizate pe cele mai importante motive de nonaderență la terapie inhalatorie a pacienților din România, respectiv uitarea administrării medicației în fiecare zi, utilizarea corectă a dispozitivelor inhalatorii și înțelegerea caracterului cronic al bolii poate să crească semnificativ aderența la tratamentul inhalator a acestor pacienți.



# O<sub>2</sub>matic.

## Titrarea automată a oxigenului.

Oxigenatorul O<sub>2</sub>matic sprijină cadrele medicale din spitale și din clinici asigurând oxigenarea automată a sângelui pentru pacienții care fac oxigenoterapie.

### Avantaje:

- Risc de hipoxemie redus semnificativ
- Adaptează automat fluxul de oxigen pentru a menține pacientul în intervalul țintă de SpO<sub>2</sub>
- Întrerupere automată a oxigenului
- Monitorizare atentă și continuă a terapiei cu oxigen cu un semnal SpO<sub>2</sub> fiabil
- Funcții de alertă pentru a comunica imediat starea pacientului cu un semnal SpO<sub>2</sub> fiabil.



# Post COVID-unde se termină și unde începe misiunea pneumologului

S-a vorbit și se vorbește în continuare foarte mult de problemele acute ale coronarvirozei actuale. Pneumologii au fost etichetați ca fiind în linia a doua de asistență a acestor forme contagioase de COVID-19 și se face anul de când de fapt sunt în prima linie. Multe servicii de pneumoftiziologie au fost dedicate integral acestui tip de asistență și pentru mulți provocările au fost multiple de la a se acomoda cu medicații antivirale până atunci cvasinecunoscute unde infecționiștii aveau oarecare experiență în domeniu, până la grijile, nu puține la număr, de a nu se îmbolnăvi sau de a aduce acasă la cei dragi această infecție virală. Dar lucrurile nu s-au oprit aici și treptat am început să vedem complicațiile imediate și la distanță a acestei pandemii, indiferent al câtelea val a venit peste noi. În ultimul timp s-a relansat în serviciile de pneumologie lupta post COVID unde misiunea pneumologului a căpătat o extensie pe care acum un an și jumătate nimeni nu ar fi gândit-o. Aceste servicii au fost solicitate preferențial de o serie de insuficiențe respiratorii post COVID într-un moment când de fapt foarte puține paturi erau alocate pentru astfel de evoluții.



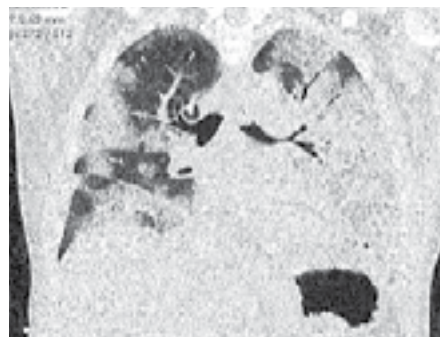
**Prof. Dr. Florin Mihăiță**

Institutul de Pneumologie M. Nasta,  
Președintele Secțiunii  
de Somnologie și Ventilație  
Non invazivă

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

Sigur că există niște factori de risc, prognostici ai unei evoluții cu o astfel de anvergură printre care trebuie menționați unii similari cu ce dictează de fapt severitatea din start a bolii și apariția unui sindrom de de-

tresă respiratorie acut. Astfel s-au conturat următoarele criterii care pot marca o evoluție fibrozantă post COVID: vârsta avansată, prelungirea șederii în servicii de ATI, sub ventilație mecanică, ventilație non invazivă, ECMO, fumatul, etilismul, tipurile de medicații administrate (antivirale sau corticoizi), un nivel de D Dimeri foarte mare, etc. Este adevărat că la capitolul simptome-87,4 % din pacienți după recuperarea post COVID



au cel puțin un simptom persistent, că la 2 luni doar 12,6 % sunt asimptomatici, că există o calitate a vieții afectată la 44% dar aceste expresii sunt doar vârful unui „iceberg” care poate lua oricând o turnură de gravitate. Aceasta apare în combinație și cu o progresie imagistică (imagini de sticlă mată la 70% din bolnavi) și una funcțională (47% reduceri de DLCO) iar lecțiile din trecut sunt de reînvițat. Chiar dacă epidemia de SARS și MERS nu a fost foarte extinsă se știe la ora actuală că există leziuni reziduale și la un an distanță.

Terapia unei fibroze post COVID care nu are un overlap nici cu „non-specific interstitial pneumonia” (NSIP) sau „usual interstitial pneumonia” (UIP) este bazată pe corticoterapie, reabilitare precoce și un abord multidisciplinar unde totuși pentru fibroze din nou pneumologul rămâne vioara întâi. Pentru folosirea unor medicații antifibroze clasice utilizate în fibroza pulmonară idiopatică stu-

diile sunt la început. La această parte a partiturii însă trebuie să cânte în armonie: cardiologi, medici de familie, kineziterapeuți iar în funcție de necesități: hematologul, nefrologul, neurospihiatrul, etc. Solo ca evoluție de interpretat aparține doar pneumologului atunci când insuficiența respiratorie este severă și când trebuie combinată partea de oxigenoterapie, ventilație non invazivă cu ajustarea pe perioadă lungă a medicației antiinflamatoare.

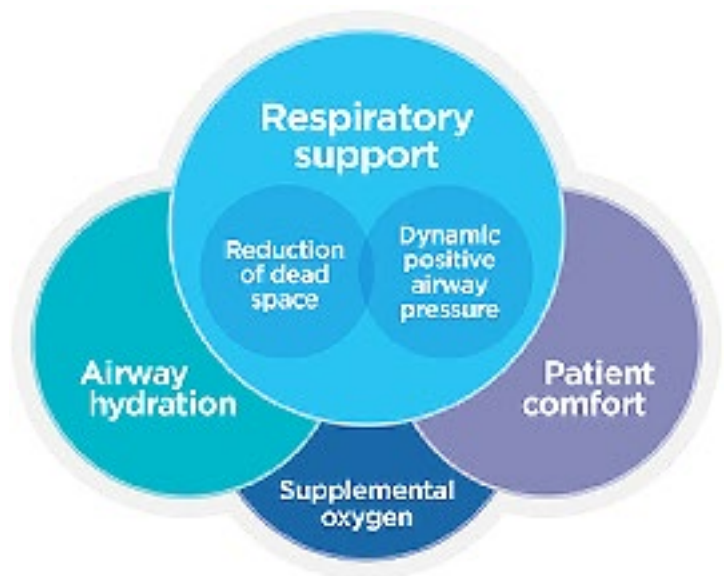
La toate acestea se adaugă și monitorizarea pe perioadă lungă cu controale clinice, radiologice și funcționale pe care doar pneumologul le poate realiza. El nu trebuie să piardă din vedere complicațiile combinate adesea cardiologice, monitorizarea saturației, excluderea altor posibile etiologii de tuse, de fatigabilitate, de dispnee. Să nu uităm că pneumologul are uzanța acestor diagnostice diferențiale și chiar dacă emblema este de post COVID sunt multe alte posibile cauze care se ascund și încep inițial sub masca de COVID-19. Că există însă o patologie post COVID este un element de care nu avem voie să uităm cu atât mai mult cu cât se discută în acest moment deja de transplant pulmonar post COVID, de intervenții paliative, etc.

Poate că toate aceste atenționări ar trebui să ne dea de gândit și să încurajeze orice confrate să devine un pledant acerb pentru vaccinare. Israelul care a ajuns la 53% rata de vaccinare nu a mai avut nici un deces din acel moment. Acest fapt semnaleză că există o competiție contratimp de vaccinare într-un ritm susținut care ar putea cupa cercurile vicioase create de apariția unor forme severe de boală cu tropism clar pentru sindromul post COVID cronicizat. Este o nouă bătălie unde putem fi câștigători iar deschiderea optimistă spre revenirea la normal se întrevește prin această șansă unică de a atinge acel nivel protectiv dorit printr-o rată de vaccinare corespunzătoare.

*Oxigen Asist oferă  
cele mai bune soluții  
în terapia „High Flow“*



**F&P myAIRVO™ 2  
Humidified  
High Flow System**



## Triplu efect dovedit



# PROSPAN®



Pentru tuse >>>

### Ingrediente Prospan:

100 ml picături soluție conține: 2,0 g Hedera helix Foliu extractum siccum - extract uscat de frunze de iederă (5-7,5: 1).

100 ml sirop conține: 0,7 g Hedera helix Foliu extractum siccum - extract uscat de frunze de iederă (5-7,5: 1).

Un comprimat efervescent conține 65 mg Hedera helix folium, extractum siccum (extract uscat de frunze de iederă) (5-7,5: 1).

**Tratament inhalator:** Un efect terapeutic benefic poate fi obținut prin inhalarea soluției sub formă de aerosoli. Toate aparatele din rețeaua comercială pentru vaporizare rece sunt potrivite pentru această procedură. Picăturile Prospan pot fi diluate cu apă în raport 1:2. Terapia inhalatorie nu este indicată la copii sub 3 ani sau la copii care au avut convulsii (febrile sau nonfebrile) în trecut. Se inhalează 20-25 de picături de câteva ori zilnic.

**În cazul sarcinii sau alăptării,** adresați-vă medicului sau farmacistului pentru recomandări înainte de a lua acest medicament.

## Prospan: ușor de administrat

**Acțiune secretolitică și bronhodilatatoare ce ameliorează tusea**

### Prospan sirop



	Copii până la 1 an*	2 x 2,5 ml
	Copii între 1 și 5 ani	3 x 2,5 ml
	Copii între 6 și 9 ani	3 x 5 ml
	Adulți și copii de peste 10 ani	3 x 5 ml, la nevoie până la 3 x 7,5 ml

\* Pentru sugarii sub 1 an de zile produsul se poate administra numai prin prescripție medicală

### Prospan picături



	Copii între 1 și 4 ani	3 x 12 picături
	Copii între 4 și 10 ani	3 x 16 picături
	Adulți și copii de peste 10 ani	3 x 24 picături

### Prospan comprimate efervescente\*



	Copii între 6 și 12 ani	3 x 1/2 comprimat efervescent/zi
	Adulți și copii de peste 12 ani	2 x 1 comprimat efervescent/zi

\*Comprimatele pot fi dizolvate într-un pahar cu apă (cca. 200 ml)

**OMNI  
BIOTIC  
PANDA**



**VEDRA**  
INTERNATIONAL



**INDICAT ÎN CORECTAREA  
DEZECHILIBRELOR FLOREI  
INTESTINALE ASOCIATE  
TULBURĂRILOR ATOPICE**

**PENTRU MAMĂ  
ȘI COPIL ÎNCĂ  
DIN PRIMA ZI DE VIAȚĂ**

**Pentru sănătatea  
floriei intestinale**



Acesta este un supliment alimentar. Citiți cu atenție informațiile de pe ambalaj

[omni-biotic.ro](http://omni-biotic.ro)

Reprezentant autorizat:  
SC VEDRA INTERNATIONAL REPUBLICA ROMANIA  
Strada Dorobaniilor nr. 66-68, et. 11,  
sector 1 Bucuresti, Romania  
tel: 021 24200000

**Incluză  
AllergoScan**



# Utilitatea dispozitivelor cu flux mare de oxigen pe canulă nazală (HFNC) în pneumonia cu virus SARS-CoV-2

Decembrie 2019 a fost luna în care a fost raportat primul caz de infecție cu coronavirusul SARS-CoV-2, iar de atunci virusul a fost transmis rapid în jurul lumii, declanșând astfel o criză globală de sănătate publică. Natura extrem de contagioasă a acestui virus, răspândirea exponențială precum și potențialul evolutiv către forme severe de boală, au dus la colapsul multor sisteme de sănătate din lume, contribuind astfel la mortalitatea ridicată. [1, 2]



Ș. L. Dr. Monica Marc

Medic primar pneumolog,  
Șef Lucrări la UMF,  
„Victor Babeș” Timișoara



Dr. Norbert Wellmann

Medic rezident pneumolog,  
Spitalul Clinic de Boli Infecțioase  
și Pneumoftiziologie,  
„Victor Babeș” Timișoara

**A** bordarea inițială la pacienții critici s-a axat pe ventilația mecanică și terapiile standard recomandate în sindromul de detresă respiratorie (SDRA). Inițial au fost evitate procedurile generatoare de aerosoli, inclusiv ventilația non-invazivă și dispozitivele cu flux mare de oxigen. Totuși, mortalitatea pacienților intubați a fost ridicată, motiv pentru care s-au încercat măsuri alternative. [3]

Dispozitivele cu flux mare de oxigen pe canulă nazală au fost utilizate inițial în serviciile de terapie intensivă neonatologică, la prematuri, ca o alternativă la CPAP, apoi au apărut studii care au recomandat folosirea HFNC la copii cu bronșiolită acută virală, astm, pneumonie, apnee în somn, în timpul transportului pacientului critic sau ca și suport respirator preintubare și postextubare. [4]

În prezent, HFNC este folosită la diferite grupuri de vârstă, pentru că asigură eficiența ventilației și chiar evitarea necesității intubației. În comparație cu o canulă nazală obișnuită, HFNC este capabil să umidifice oxigenul și să-l încălzească chiar și până la 37°, atingând un debit de 60 L/minut. De asemenea, aceste dispozitive sunt capabile să asigure un FiO<sub>2</sub> până la 100%. Un debit mărit constant duce la eliminarea dioxidului de carbon alveolar și previne astfel hipercapnia. Datorită aerului umidificat și încălzit, este îmbunătățit și clearance-ul mucociliar, iar pacienții nu au acuze precum uscarea mucoasei nazale sau orale. Setările se pot controla individual. [5,6,7,8,9,10]

Deși variază de la producător la producător, aparatele HFNC nu sunt greu de ansamblat, iar componentele de bază ale tuturor sistemelor rămân aceleași. Este nevoie de sursă de oxigen sub presiune și aer reglementat de un debitmetru și omogenizator, umidificator cu încălzire atașat la un rezervor cu apă sterilă, circuit izolat și/sau încălzit care menține temperatura și umiditatea relativă și o interfață non-ocluzivă (canulă nazală). [5,7]

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

Umidificarea și încălzirea oxigenului în terapia cu HFNC îmbunătățește

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

Creșterea cererii de oxigen (necesitatea inspiratorie): debitul inspirator de vârf (peak inspiratory flow- PIF) în cazul unui pacient cu insuficiență respiratorie acută, poate atinge și 120 l/min dacă acesta devine tahicardic (în mod normal în repaus necesită 30-60L/min de O<sub>2</sub>). O mască obișnuită nu poate să ofere suport adecvat.

Capacitatea reziduală funcțională: cea mai bună estimare pentru presiunea pozitivă end-expiratorie (PEEP) furnizat de HFNC este de 1cm de H<sub>2</sub>O pentru fiecare 10L/min de debit. Mărima pacientului (obez, adult, copil), debitul livrat (l/min) și respirația cu gura închisă versus respirația cu gura deschisă, sunt factori care determină câtă presiune pozitivă end-expiratorie administrăm pacientului. De asemenea, aceste dispozitive permit obținerea diluției de O<sub>2</sub> și, prin fluxul de aer antrenat, eliminarea spațiului mort. [11]

HFNC este folosit pe scară largă la pacienții cu variate boli și afecțiuni atât din terapie intensivă, cât și de pe alte secții, printre care și secțiile de pneumologie. Este indicat la pacienții





**soluții integrate în practica medicală**

- **ASTM BRONȘIC?**
- **DISCHINEZIE CILIARĂ PRIMARĂ?**

**NIOX VERO® ȘI NIOX VERO PLUS®** - singurul aparat portabil care măsoară oxidul nitric pulmonar (FeNO) și nazal (nNO\*):  
vă susține în evaluarea inflamației și identificarea posibilelor cazuri de PCD



\*NIOX VERO pentru măsurarea Oxidului Nitric nazal (nNO) deține marca CE și este aprobat pentru uz clinic în UE, Australia și Coreea de Sud.

**Spirohome Clinic** - platforma clinică de spirometrie ultrasonică și  
**Spirohome Personal** - urmăriți spirometria pacientului de la distanță



cu insuficiență respiratorie hipoxemică acută, insuficiență respiratorie postoperatorie, pneumonie (pentru că spre deosebire de NIV, permite pacienților să tușească, iar secrețiile să fie mobilizate și aspirate), la pacienții cu edem pulmonar acut, dispnee acută și hipoxemie, care ajung în serviciul de urgență. S-a dovedit că ameliorează dispneea și hipoxemia.<sup>[3,11]</sup>

Cele mai multe studii nu au arătat efecte adverse semnificative, totuși există câteva contraindicații când vine vorba despre folosirea acestui aparat. Printre acestea putem aminti pneumotoraxul, obstrucția căilor respiratorii superioare, apneea centrală, astmul, traumatismul sau intervenția chirurgicală la nivelul nazofaringelui precum și tulburări de conștiință, când pacienții sunt agitați, necooperanți, neresponsivi. Distensia abdominală, pneumotoraxul, intoleranța dispozitivului, sunt câteva dintre complicațiile care pot să apară la pacienții care folosesc HFNC.<sup>[12,13]</sup>

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

Callogaro și colab., au arătat, într-un studiu efectuat pe 293 de pacienți spitalizați în Aprilie – Iunie 2020, că, HFNC la pacienții cu afectare pulmonară severă a fost eficient la un număr de 137 pacienți (47%). 45 dintre pacienți (29%) au decedat sub terapie cu HFNC, dar trebuie menționat că și procentul celor care au decedat după ce au fost ventilați mecanic este semnificativ (84 din 111) Pacienții la care terapia a funcționat mai bine au fost cei cu saturații de oxigen mai crescute, FiO<sub>2</sub> mai scăzut după 6 ore, frecvență cardiacă și respiratorie mai scăzută. Concluzia studiului a fost că această

terapie poate fi folosită cu succes, atât pe secțiile de terapie intensivă cât și în compartimente special amenajate, cu personal calificat.<sup>[14]</sup>

Roof și colab. au publicat o metaanaliză care a comparat utilizarea HFNC, NIV și oxigenoterapia standard (OS). HFNC s-a dovedit a fi cel mai bine tolerat și confortabil dispozitiv, oferind de asemenea un nivel de oxigenare superior OS. Totuși, studiile care compară eficacitatea clinică sunt foarte puține.<sup>[3]</sup> Frat și colab. au arătat în studiul lor că a existat o scădere semnificativă a ratei de intubare în grupul tratat cu HFNC, comparativ cu NIV sau OS, la pacienții cu PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 200. Mortalitatea a fost, de asemenea, semnificativ mai mică. Astfel, HFNC oferă avantaje față de NIV și OS, dar are și limitări, însă poate fi recomandată ca abordare de primă linie la pacienții cu hipoxemie ușoară și moderată.<sup>[15]</sup>

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

#### Bibliografie:

- Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020;395(10223):497–506
- Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City Area. *JAMA* 2020;323(20):2052–9
- Suhail Raof; Stefano Nava; Charles Carpati; et al., High-Flow, Noninvasive Ventilation and Awake (Nonintubation) Prone in Patients With Coronavirus Disease 19 With Respiratory Failure. Elsevier Public Health Emergency Collection, Iulie 15, 2020, Vol. 158(5), p: 1992-2002;
- Mahdi Asghari Ozma; Parham Maroufi; Ehsaneh Khodadadi; et al., Clinical manifestation, diagnosis, prevention and control of SARS-CoV-2 (CO-

VID-19) during the outbreak period. *Le Infezioni in Medicina*, 2020, Vol.28 nr.2; p: 153-165;

- Sandeep Sharma; Mauricio Danckers; Devang Sanghavi; et al., High Flow Nasal Cannula. StatePearl Publishing, Iulie 2;
- Nicholas S. Hill; Robin Ruthazer: Predicting Outcomes of High-Flow Nasal Cannula for Acute Respiratory Distress Syndrome. *An Index that ROX. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Iunie 2019, 119 (11), p: 1300-1302
- Abdul Rauf; Anil Sachdev: High-flow Nasal Cannula in Children: A Concise Review and Update. *Critical Care Update* 2019; Mai 2019, Capitol 100;
- Florian Schmid; Dirk Manfred Olbertz; Manfred Ballmann: The use of high-flow nasal cannula (HFNC) as respiratory support in neonatal and pediatric intensive care units in Germany e A nationwide survey; Elsevier, *Respiratory Medicine* 131; 2017; p: 210-214;
- Christophe Milési; Mathilde Boubal; Aurélien Jacquot; et al.: High-flow nasal cannula: recommendations for daily practice in pediatrics. *Annals of Intensive Care*; 2014, Vol.4;
- Ji-Won Kwon: High-flow nasal cannula oxygen therapy in children: a clinical review; *Clinical and Experimental Pediatrics*, 2020, Vol.6, nr.1; p:3-7;
- Frank J Lodeserto; Thomas M Lettich; Salim R Rezaie : High-flow Nasal Cannula: Mechanisms of Action and Adult and Pediatric Indications; *Cureus*, Noiembrie 2018, Vol. 10 (11);
- [www.rch.org.au/rchcpg/hospital\\_clinical\\_guideline\\_index/High\\_flow\\_nasal\\_prong\\_\(HFNP\)\\_therapy/#Contraindications](http://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/High_flow_nasal_prong_(HFNP)_therapy/#Contraindications)
- Masaji Nishimura: High-flow nasal cannula oxygen therapy in adults. *Journal of Intensive Care*, Martie 2015, Vol.3 (1)
- Gregory L. Callogaro, Usha Lallac, Gordon Audley; et al.: The utility of high-flow nasal oxygen for severe COVID-19 pneumonia in a resource-constrained setting: A multi-centre prospective observational study; *E Clinical Medicine*, Noiembrie 2020, Vol. 28
- Frat JP, Thille AW, Mercat A, et al; FLORALI Study Group; REVA Network. High-flow oxygen through nasal cannula in acute hypoxic respiratory failure. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2185-2196.

## Dako Omnis - un sistem complet automat capabil să ruleze în același timp protocoale de IHC, IF, FISH, CISH și dublă colorare IHC.

- Cu o capacitate de 60 de lame și 60 de reactivi, DAKO OMNIS oferă un flux de lucru continuu, flexibil și de încredere și reduce timpul de răspuns la aproximativ 3 ore pentru IHC, 4 ore pentru FISH și 5 ore pentru CISH



Este conceput pentru o încărcare și descărcare continuu a lamelor.

- Tehnologie de colorare Dynamic Gap ce asigură consistență și colorații de înaltă calitate cu foarte mici variații între lame. Această tehnologie folosește forța de capilaritate în aplicarea reactivilor asigurând distribuția egală pe toată lungimea lamei. Capacul asigură reacția omogenă și aceleași condiții pe întreaga durată a colorării reducând evaporarea reactivilor.

Atât reactivii cât și protocoalele sunt standardizate fiind realizate în colaborare cu experți în anatomie patologică. Trasabilitate completă cu ajutorul software-ului.

## pharmDX

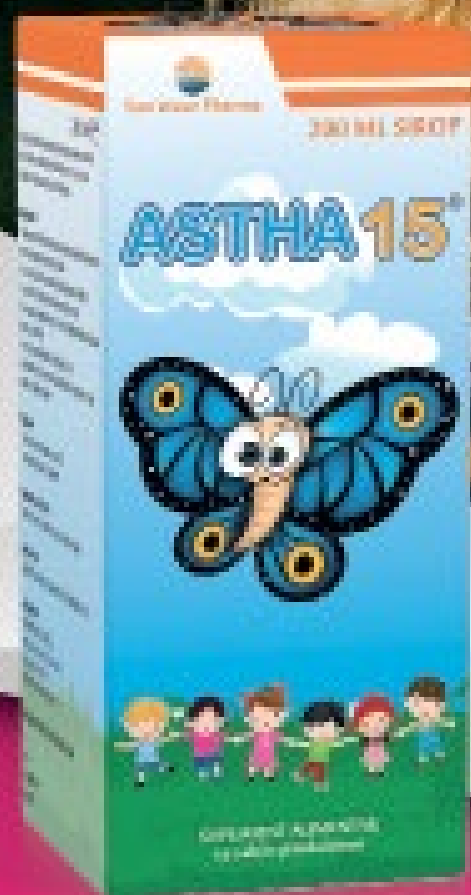
**Kit-ul PD-L1 IHC pharmDx** este un ajutor sigur în identificarea pacienților cu NSCLC (cancer pulmonar) și tratarea acestora cu medicamente de terapie țintită, medicamente intrate deja în **Programele Naționale ale Casei de Asigurări de Sănătate**



- **DAKO PD-L1 22C3 IHC** este un test calitativ imunohistochimic, utilizând Monoclonal Mouse Anti-PD-L1, Clone 22C3 destinată detectării proteinei PD-L1 în țesutul cu cancer pulmonar fără celule mici (NSCLC) fixat în formol și inclus în parafină (FFPE), folosind sistemul de vizualizare Envision FLEX pe **Autostainer Link 48**

Compatibil cu platforma Autostainer Link 48

Specimenul prezentat pentru test trebuie să conțină cel puțin 100 de celule tumorale viabile adecvate pentru evaluare.



[WWW.SUNWAVEPHARMA.COM](http://WWW.SUNWAVEPHARMA.COM)

Acesta este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul/informațiile de pe ambalaj.  
Acest material este dedicat profesioniștilor din domeniu



Sun Wave Pharma

Making Tomorrow Healthier



ALIATUL SIGUR ÎN TUSE



# Reabilitarea pulmonară post-infecție SARS-CoV-2

Conform *American Thoracic Society / European Respiratory Society Task Force on Pulmonary Rehabilitation* (2015), reabilitarea respiratorie este o intervenție cuprinzătoare bazată pe o evaluare amănunțită a pacientului urmată de terapii adaptate pacientului care includ, dar nu se limitează la, exerciții de antrenament, educație și schimbarea comportamentului, concepute pentru a îmbunătăți starea fizică și psihologică a persoanelor cu boli respiratorii cronice și pentru a promova aderarea pe termen lung la îmbunătățirea sănătății comportamentale.



Conf. Univ.  
Dr. Paraschiva  
Postolache

Spitalul Clinic de Recuperare, Iași  
Șef Secția Clinică Recuperare  
Medicală Respiratorie  
Universitatea de Medicină și Farmacie  
"Grigore T. Popa", Iași  
Fondator al Grupului de Lucru  
de Reabilitare Respiratorie  
al Societății Române de Pneumologie

**S**tudiile publicate până în prezent nu raportează în mod specific rezultatele la pacienții cu COVID-19, **ci se concentrează mai degrabă asupra sechelelor infecției** (fibroză pulmonară secundară, bronșiectazii de tracțiune, boli vasculare pulmonare etc). În revizuirea literaturii de specialitate am identificat două linii directoare: **prima, care se bazează pe principiile consolidate ale reabilitării respiratorii timpurii**, inclusiv mobilizarea și sprijinul psihologic, care trebuie începute în timpul fazei acute a bolii. Al doilea punct de **vedere se bazează pe experiența chineză și italiană**, țări care au făcut față gravității patologiei COVID-19 la începutul pandemiei și care au cunoscut o criză a serviciilor de reabilitare.

**Kai Liu și colab.(2020)** au publicat rezultatele unui studiu controlat randomizat care a evaluat un program de re-

abilitare pulmonară (*antrenament muscular respirator, exerciții de tuse, antrenament diafragmatic, exerciții de întindere*), cuprinzând 2 sesiuni a câte 10 minute pe săptămână, timp de 6 săptămâni, pentru pacienții externati post-infecție SARS-CoV-2.

După *Canadian Thoracic Society Task Force on Pulmonary Rehabilitation* (2020), **revenirea treptată la programul de exerciții se face gradual** pe parcursul a cel puțin 4 săptămâni: se începe cu exerciții ușoare cu durată și intensitate scăzută (2-3 pe scala Borg), cu multiple repetări și se ajunge până la 2-3 serii de exerciții, cu 10-12 repetări, având durată și intensitate mai mare (4-5 pe scala Borg). *Activități fizice alternative exercițiilor fizice* includ: plimbările, înotul, tai chi, qigong sau yoga.

Un **exemplu de program de exerciții de reabilitare pulmonară** poate include:

- pacientul realizează un exercițiu cu bastonul: inițial (stând cu membrele inferioare departate, cu bastonul în față, jos, ținut de capete), timpul 1 (inspir cu ducerea bastonului deasupra capului), timpul 2 (revenire la poziția inițială în expir);
- pacientul realizează un exercițiu de respirație diafragmatică: inițial (decubit dorsal cu genunchii flectați și membrele superioare pe abdomen), timpul 1 (inspir profund pe nas, cu mâinile pe abdomen), timpul 2 (expir profund pe gură, trăgând abdomenul și presând progresiv cu mâinile);
- pacientul realizează un exercițiu pentru hemitoracele drepte: inițial (se află în șezut, cu mâinile pe coapse), timpul

1 (se ridică membrul superior drept, lateral și în spate, cu inspir pe nas), timpul 2 (se coboară membrul superior în poziția inițială cu expir pe gură);

- pacientul realizează o postură facilitantă cu inspir: inițial (pacientul se află în ortostatism, cu spatele la spalier, cu mâinile pe spalier la nivelul urechilor și cu genunchii în semiflexie), timpul 1 (prinde barele spalierului cu mâinile și realizează un inspir profund pe nas, lăsând spatele în jos și flectând ușor genunchii), timpul 2 (i se cere să realizeze expir pe gură, rămânând lângă spalier, dar să ridice spatele și să îndrepte brațele și genunchii);
- utilizarea cicloergometrului (pentru antrenament la efort dozat);
- utilizarea dispozitivului medical Shaker plus (pentru antrenamentul musculaturii expiratorii și facilitarea expirației);
- utilizarea dispozitivului medical Power Breathe (pentru antrenamentul musculaturii inspiratorii).

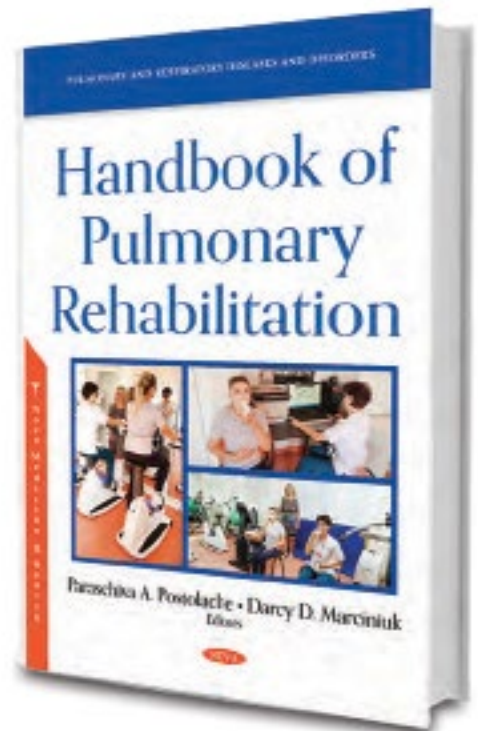
Impactul pe care COVID-19 l-a avut asupra sistemelor de sănătate din întreaga lume este fără precedent, majoritatea resurselor alocate tratamentului COVID-19 până în prezent fiind concentrate pe susținerea îngrijirii acute. Factorii de decizie politică și profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să își **mobilizeze resursele către construirea și/sau extinderea serviciilor de reabilitare, cu accent pe reabilitarea pulmonară**, pentru a oferi cea mai bună îngrijire medicală, de calitate și sigură, astfel încât aceste persoane să se poată întoarce la viața „normală” dinainte de SARS-CoV-2.

# Handbook of Pulmonary Rehabilitation

**Paraschiva Postolache, M.D., Ph.D. and Darcy D. Marciniuk (Editors)**

## Book Description:

In the last three decades, Pulmonary Rehabilitation (PR) has become a cornerstone in the comprehensive management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and other chronic respiratory diseases in adults and children, supported by solid physiological basis and wide scientific evidence, with randomized controlled trials, meta-analysis and several guidelines. PR programs are customized to the needs of each patient and carried out by a multidisciplinary team of healthcare specialists (medical specialists in medical rehabilitation and pulmonology, functional explorations, geriatric physicians, nurses, physiotherapists, nutritionists, psychologists, respiratory therapists, occupational therapists, bioengineers, pharmacologists, in collaboration with a family doctor and pharmacist). As a comprehensive intervention, PR involves good collaboration and communication between team members, thus ensuring maximum comfort and benefit to the patient. PR programs improve the quality of life of patients by increasing their degree of independence and reducing the number of exacerbations, the days of hospitalization due to them, and costs. PR has the ability to reduce symptomatic burden, in particular dyspnea, and muscle deconditioning. In turn, it can increase exercise capacity, reduce anxiety and depression, and improve patients' psycho-emotional status and social reintegration. PR is the standard of care for patients with chronic lung diseases motivated to participate in the rehabilitation program to become more physically active and more independent, being an integral part of clinical management and maintaining health.



ISBN: 978-1-53613-905-6

## Table of Contents

Preface  
Acknowledgements  
Introduction  
Abbreviations  
Chapter 1. Brief history of pulmonary rehabilitation  
Chapter 2. Pulmonary rehabilitation in neonates  
Chapter 3. Pulmonary rehabilitation – general information  
Chapter 4. Evaluation of COPD patients for the pulmonary rehabilitation  
Chapter 5. Lung function in pulmonary rehabilitation  
Chapter 6. Pharmacotherapeutic management in pulmonary rehabilitation  
Chapter 7. Building exercise programs in pulmonary rehabilitation  
Chapter 8. Nutritional Assessment and pulmonary rehabilitation in COPD  
Chapter 9. Exercise Program and Prescription in pulmonary rehabilitation  
Chapter 10. Respiratory Rehabilitation and respiratory muscle training  
Chapter 11. Respiratory muscle training – practical aspects  
Chapter 12. The rehabilitation of patients with chronic obstructive lung disease – clinical guidelines  
Chapter 13. Pulmonary rehabilitation in children with chronic lung diseases  
Chapter 14. Pulmonary rehabilitation in patients with pulmonary fibrosis  
Chapter 15. Tuberculosis, a chronic disease, a new indication for a new pulmonary rehabilitation success  
Chapter 16. Pulmonary rehabilitation in COVID-19  
Chapter 17. A successful surgical outcome – The role of pulmonary rehabilitation  
Chapter 18. Pulmonary rehabilitation in the elderly with Oral Problems  
Chapter 19. Reflex Therapy in the rehabilitation of COPD patients  
Chapter 20. The importance of psychotherapy in pulmonary rehabilitation  
Chapter 21. Medical treatment for clinical practice setting in chronic respiratory disease  
Chapter 22. How to work as a rehabilitation center in pulmonary disease  
Chapter 23. Telemedicine and pulmonary rehabilitation  
Chapter 24. The future of pulmonary rehabilitation  
About the authors  
Index

## Order Today and Save!

To place an order, please visit our website at [www.novapublishers.com](http://www.novapublishers.com) and be sure to enter promotion code **LA112020** at checkout and **SAVE 20%** **Retail Price: \$230 SPECIAL PRICE \$184**



415 Oser Avenue, Suite N, Hauppauge, NY 11788-3637, USA  
Phone (631) 231-7269 Fax (631) 231-8175 E-mail: [nova.main@novapublishers.com](mailto:nova.main@novapublishers.com)  
[www.novapublishers.com](http://www.novapublishers.com)

# Terapia cu ozon prin sânge

## Autohemoterapia

Autohemoterapia este o metoda de a administra ozon în mod sistemic în organism. Autohemoterapia crește cantitatea de antioxidanți din circulație. Prin efect direct al mesagerilor secundari ai ozonului, crește eliberarea de oxigen din eritrocite, ceea ce duce la o mai bună vascularizare a organelor vitale.



As. Univ. Dr. Lavinia Davidescu

Medic primar pneumolog-somnolog,  
Dr. în Științe Medicale, Asist. Univ. Dr.  
Facultatea de Medicină și Farmacie Oradea

**C**reierul, ficatul, inima, plămânii resimt astfel un aport crescut de oxigen, contracaraând degenerarea sistemului circulator și respirator. De asemenea, această eliberare de oxigen în țesuturi duce și la un proces de creare de noi vase de sânge în teritoriile respective, ceea ce mai reduce din pierderea suferită în domeniul vascular din cauza îmbătrânirii.

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

Amestecul realizat se reintroduce înapoi în organism prin aceeași me-

toadă prin care a fost recoltat sângele, într-un interval de 20-30 de minute. Totul este steril și se realizează în circuit închis, astfel încât sângele să nu intre în contact cu nimic altceva decât cu ozonul.

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

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

Terapia cu ozon este una sigură, se folosesc concentrații de ozon stabilite după protocoale specifice.

În funcție de patologie și particularitățile pacientului, protocoalele terapeutice se particularizează, astfel că un

tratament este compus în majoritatea cazurilor dintr-un număr de 06-10 ședințe cu frecvență de 3 pe săptămână.

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

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

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

Realizarea unei autohemoterapii nu comportă riscuri, deoarece amestecul gazos de oxigen-ozon vine în contact cu sângele într-un kit special conceput care permite absorbția ozonului în sânge urmată de reacțiile biologice cu plasmă și liniile celulare roșii și albe.





# MEDIKA H&S

1102271 BANA MARIE STR. 9-10A 23-0  
TEL / FAX: +40 262 216 641, MOBIL: +40 729 571 352  
medika@medika.ro www.medika.ro

## Ergospirometru PISTON PRE-101

Testul de efort cardiopulmonar asigură o evaluare globală a răspunsurilor la exercițiul integrativ ce implică sistemele pulmonar și cardiovascular.

### Controlul bicicletei și al bandei de alergat:

- Protocoale de testare a efortului ce pot fi definite și selectate de utilizator
- Protocoale de exercițiu pe bicicletă cu creștere progresivă, Step și Ramp (la pas și în rampă)
- Protocoale cu creștere maximă pentru banda de alergat
- Protocol de intensitate constantă a activității
- Protocol de exercițiu în mai multe stadii cu un pseudo-stadiu fix la fiecare nivel
- Protocol de creștere discontinuă

### Opțiuni:

- PRE-101/c – analizor chimic ultra rapid cu celulă de oxigen
- PRE-101/pm – analizor de oxigen paramagnetic ne-epuizant
- PRE-101/ew – tensiometru și ECG wireless
- PPC-1250 – cărucior pentru PC cu suport dublu pentru monitor, electrod pentru braț, suport balon de gaz și transformator de separație



## Pletismograf complet PISTON PDT-111/p

Dispozitivul asigură măsurarea parametrilor mecanici ai sistemului respirator.

- Accesibil pentru pacienții aflați în scaun cu roțile (opțional)
- Constanta de timp dublă a cabinei asigură efectuarea de teste la frecvență normală de respirat și de asemenea cu respirație îngreunată
- Optional: Cabină spațioasă cu patru pereți transparente și acoperiș din sticlă securizată
- Închidere electromagnetică
- Metronom audiovizual programabil
- Corecție BTPS automată bazată pe temperatura, umiditatea și presiunea măsurate în cabină
- Test complet de calibrare automată și de scurgere
- Sistem de comunicare cu microfon și difuzor incorporat
- Optional: Test de capacitate pulmonară difuză: metode de masurare Single Breath, Intra Breath

Modalități de măsurare: Volumul de gaz toracic, toate componentele rezistenței aeriene, complianța dinamică și statică (opțional), test de capacitate pulmonară difuză (opțional), presiunea de ocizie maximă, inspirație și expirație forțată, capacitate vitală statică, ventilare voluntară maximă.



## Spirometru PISTON PDD-301/sh

Spirometrul este dispozitivul de bază în diagnosticarea bolilor pulmonare. Este inevitabil în detectarea problemelor timpurii ale sistemului respirator: COPD, astm, bronșită cronică, tulburare obstructivă a ventilației, emfizem.

- Modalități de măsurare: Inspirație și expirație forțată, Capacitate vitală statică, Ventilație voluntară maximă
- Design aerodinamic de prindere în mână cu debitmetru PinkFlow\*. Interfața USB când este conectată la un laptop conferă portabilitate completă.
- Debitmetrul PinkFlow utilizat, inovația companiei PISTON, îndeplinește în totalitate specificațiile și cerințele Standardizării Testării Funcției Pulmonare ATS/ERS (European Respiratory Journal 2005). Este insensibil la condens și vapori și nu necesită recalibrare după schimbare.



Spirostik Complete

Spirometru portabil  
cu sistem de operare Win 10, 64 Bit

Ecran Touchscreen 10 inch

Dim. 350x330x70 mm

Baterie Li-Ion 14,8V, 6400mAh

Interfață PC

Imprimantă termică incorporată

# Reabilitarea respiratorie post-COVID-19 - o abordare holistică

Conceptul de reabilitare respiratorie a devenit o componentă indispensabilă a conduitei terapeutice în cadrul bolilor cronice pulmonare, care în ultimele decade au cunoscut o adevărată creștere a prevalenței, dar mai ales în cadrul acestei noi provocări aduse în prezent lumii medicale de pandemia COVID-19.



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



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

Impactul severității cauzate de Sindromul Acut Respirator Sever-Coronavirus (SARS-CoV-2) poate persista în unele cazuri luni de zile după boala inițială, acești pacienți necesitând o evaluare individualizată și urmărire fermă pe termen lung pentru detectarea timpurie a sechelelor pulmonare și corectarea dezechilibrelor aferente<sup>2</sup>.

## Abordarea multidisciplinară a pacientului post-COVID-19

Recuperarea pulmonară post-COVID-19 implică în viziunea noastră o organizare holistică a eforturilor integrate a mai multor specialități medicale și complementare, pentru ca acești pacienți să ajungă la un status funcțional optim, pornind de la ameliorarea simptomatologiei, evaluarea comorbidităților pre-existente sau dobândite în urma infecției, consiliere psihologică și suport reabilitativ sistemic.

Marea parte a complicațiilor datorate infecției cu SARS-CoV-2 sunt legate de pneumonia pe care acesta o cauzează. Spagnolo et. al. menționează ca posibili factori distructivi pulmonari: furtuna citokinică indusă de antigenul viral, toxicitatea pulmonară indusă de medicamente și hiperoxia prin expunerea la presiuni cres-

cute de oxigen cauzată de ventilația mecanică prelungită<sup>3</sup>.

## Algoritm de reabilitare post-COVID-19

Simptomatologia restantă precum dispneea de efort, tusea, slăbiciunea musculară, cefaleea, durerea toracică, tulburările de tranzit, mergând până la anxietate, depresie, insomnie sunt principalele motive de prezentare ale pacienților post-COVID-19, anamneza amănunțită și uneori semidirijată poate releva aspecte necuprinse de o abordare standardizată. Ameliorarea și chiar remisia simptomelor, reprezintă principala țintă a programului de reabilitare.

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

Pe lângă datele clinice, imagistica toracică joacă un rol important în procesul de evaluare inițială și de monitorizare a evoluției. În cele mai multe cazuri pneumonia cu SARS-CoV-2 implică ambii plămâni, cu alveolită persistentă, atelectazie, fibroză pulmonară, tomografia computerizată (CT) oferindu-ne mai multe informații în ceea ce privește procentul de afectare și posibilitatea reversibilității. Testele funcționale respiratorii au arătat în multe din cazuri scăderea capacității pulmonare, cu disfuncție restrictivă, mai ales după formele medii și severe<sup>4,5</sup>.

## Pacientul post-COVID-19 cu comorbidități asociate

Luând în discuție comorbiditățile asociate, se delimitează două categorii de bolnavi: cei cu afecțiuni pre-existente și cei sănătoși anterior infecției virale. Nu puțini sunt cei la care infecția cu SARS-CoV-2 induce debutul unor patologii pulmonare, cardiace, metabolice, neurologice sau agravarea celor

deja cunoscute. Asocierea patologiei cronice necesită o atenție sistematizată în cadrul programului de reabilitare, subliniind nevoia de comunicare inter-disciplinară. Aderența la tratament, mai ales în cazul pacienților cu afecțiuni cronice asociate, implică educarea pacientului și a familiei.

## Monitorizare și tratament integrativ

Terapia farmacologică adecvată fiecărui caz necesită, prin limitările sale, o abordare exhaustivă non-farmacologică, care cuprinde implementarea unui program de exercițiu fizic gradual și kinetoterapie respiratorie specifică, manipulare osteopatică, dar și încurajarea adoptării unui stil de viață sănătos și echilibrat și a unei diete antiinflamatorii suplimentată cu vitamine, minerale și antioxidanți<sup>6</sup>.

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

## Bibliografie:

- Voicu M Tudorache, Sînziana Lovin, Marlyce Friesen. *Tratat de reabilitare pulmonară*. Editura Mirton, Timișoara 2009, ISBN 978-973-52-0574-4.
- Greenhalgh T, Knight M, Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care *BMJ* 2020; 370:m3026 doi:10.1136/bmj.m3026.
- Spagnolo P, Balestro E, Aliberti S, Cocconcelli E, Biondini D, Casa GD, Sverzellati N, Maher TM. Pulmonary fibrosis secondary to COVID-19: a call to arms? *Lancet Respir Med*. 2020 Aug;8(8):750-752. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30222-8. Epub 2020 May 15. PMID: 32422177; PMCID: PMC7228737.
- Hui DS, Joynt GM, Wong KT, et al. Impact of severe acute respiratory syndrome (SARS) on pulmonary function, functional capacity and quality of life in a cohort of survivors. *Thorax* 2005;60:401-409.
- Fabio Anastasio, Sarah Barbutto, Elisa Scarnecchia, Paolo Cosma, Alessandro Fugagnoli, Giulio Rossi, Mirco Parravicini, Pierpaolo Parravicini. Medium-term impact of COVID-19 on pulmonary function, functional capacity and quality of life, *European Respiratory Journal* Jan 2021, 2004015; DOI: 10.1183/13993003.04015-2020.
- Lise Alschuler, Ann Marie Chiasson, Victoria Maizes. Integrative medicine considerations for convalescence from mild-to-moderate COVID-19 disease. *Explore (NY)*. 2020 Dec 23. doi: 10.1016/j.explore.2020.12.005. PMCID: PMC7756157. PMID: 33358750.



Medicament de inhalat pentru astm (COPD) cu Spasol Jet inhalator, indicat pentru tratamentul astmului bronșic persistent, fără medicație și senzație

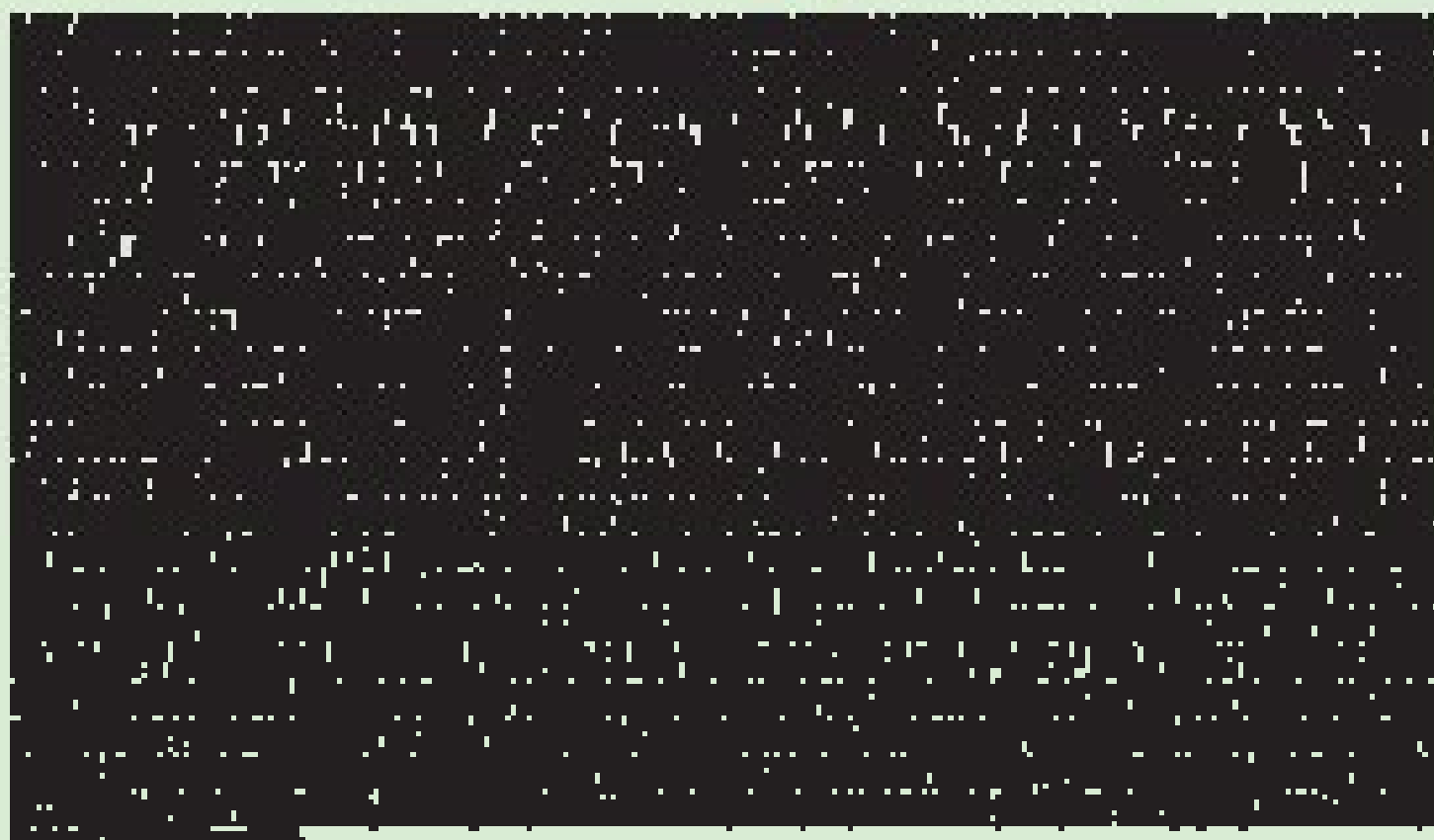


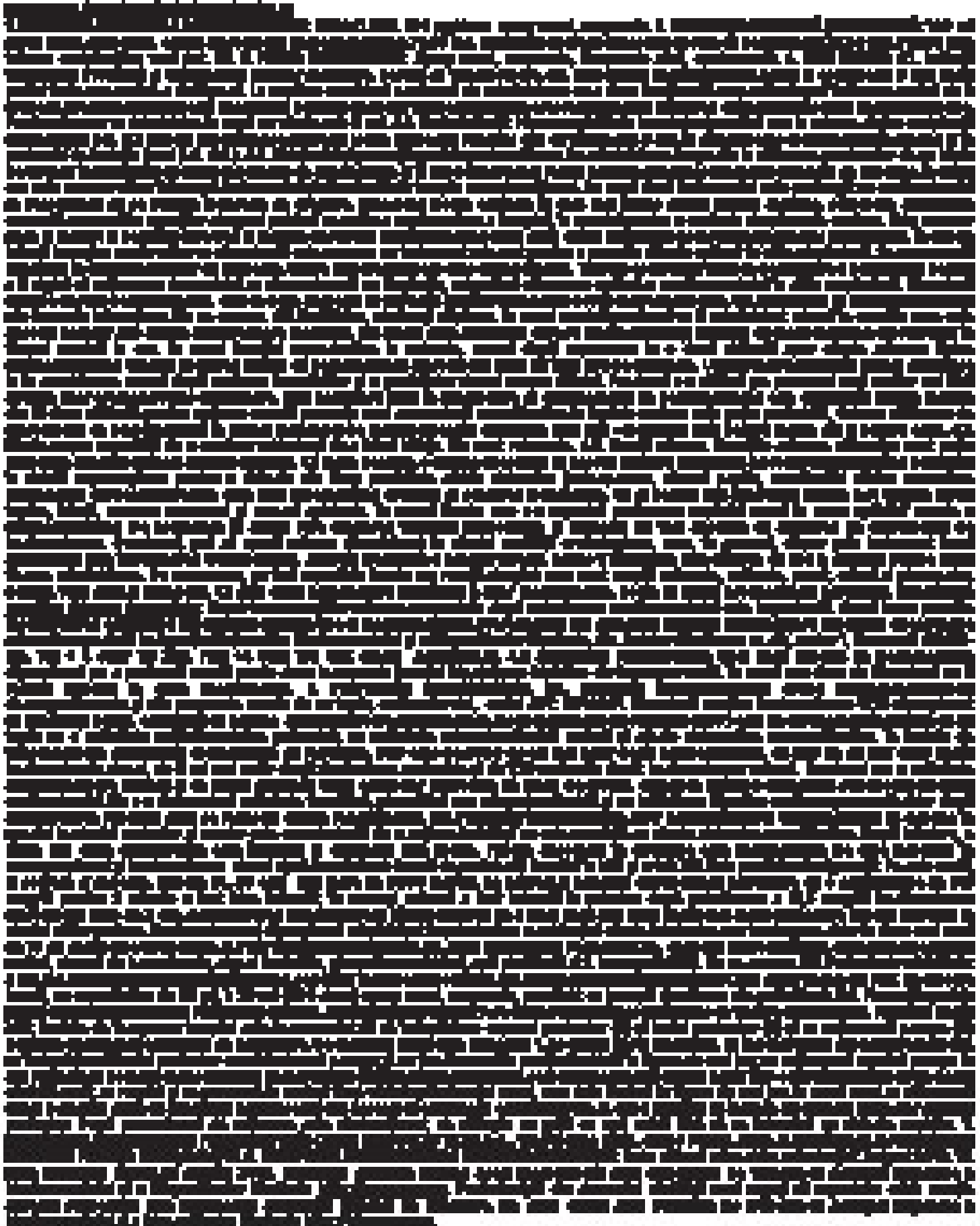
## ÎN RITMUL PLĂMĂNILOR



### Prezentare și utilizare :

- ✓ Plămănilor persistentă sau variabilă caracterizată în timpul zilei de simptome de tip astm acut
- ✓ COPD moderat și COPD sever
- ✓ Crize recurente în timpul și în zilele următoare la pacienți cu FEV1 < 1 litru
- ✓ Conținut: 1000 (10 x 10)





Model description details in German language

© 2011/2012 - All Rights Reserved by  
E.ON Energy Research Center, Inc.  
www.eonerc.com

www.eonerc.com/en-us

Până la 50 DE ZILE DE TRATAMENT  
pentru PROFILAXIA și TRATAMENTUL  
RINITELOR ALERGICE și RINITELOR NON-ALERGICE

Pentru toată familia  
începând de la 6 ani  
Indiferent de sezon



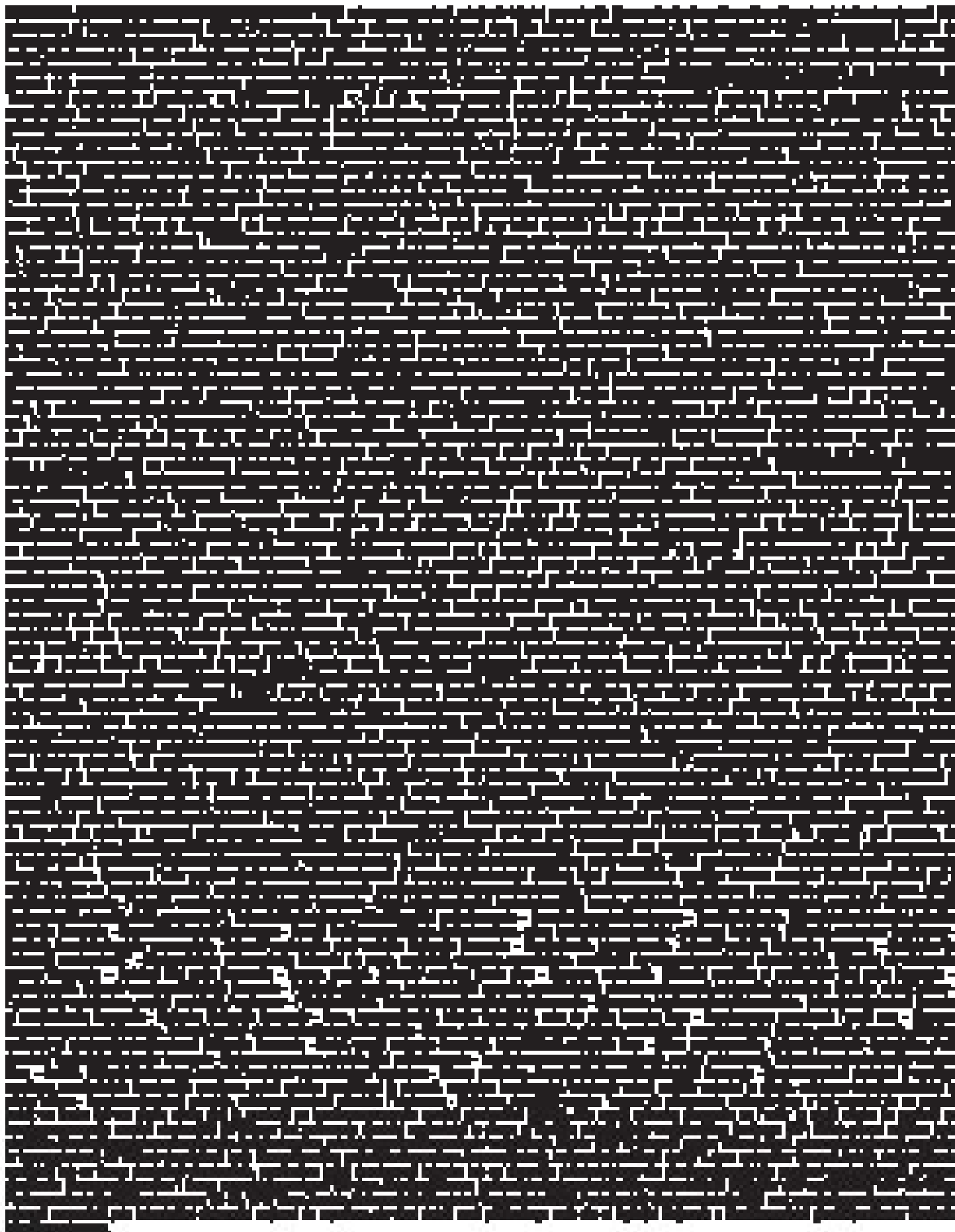
**RinoClenil 100**

Medament cu 100 µg/ml - spray nazal - suspensie

Medicament eliberat fără rețetă  
în farmacia de familie

Chiesi Farmaceutici S.p.A. - Via Fiumana, 14  
00144 Roma - Tel. 06 4781111  
www.chiesi-farmaceutici.it

© 2019 Chiesi Farmaceutici S.p.A.



www.schindler.com

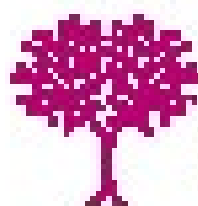
Technological innovation and human ingenuity  
are the key to success.

With Schindler, we create the  
world's most advanced  
vertical transportation solutions.

Schindler



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



**FOSTER**  
Inhalational + Parenteral

**Indicații de utilizare:** Tratamentul simptomatic și prevenirea exacerbărilor la pacienții cu astm și BPOC\*

**Conținut:** 120 doze de inhalare și 120 doze parenterale  
de 100 mcg/200 mcg de budesonid/formoterol  
în soluție pentru inhalare și suspensie pentru injecție  
intravenoasă.

**Preț: 1000 lei**





# Tuberculoza în era COVID-19

Tuberculoza (TB) este cel mai mare criminal infecțios la nivel mondial. În fiecare zi, aproape 4.000 de persoane mor din cauza TB și aproape 30.000 de persoane se îmbolnăvesc de această boală, chiar dacă s-au înregistrat progrese considerabile în ultimul deceniu în controlul acestei maladii<sup>1</sup>. Aproximativ un sfert din populația lumii este infectată cu *M. tuberculosis* și astfel cu riscul de a dezvolta TB activă. Pentru a controla în mod eficient epidemia de TB și pentru a îndeplini obiectivele Strategiei End TB de „eliminarea a TB” se impune o abordare cuprinzătoare (multisectorială) de diagnostic, tratare și prevenire a bolii<sup>1</sup>.



**Dr. Adriana Socaci**

MD, PhD, Medic primar  
pneumolog, Membru Comitet  
Director - Secțiunea  
Tuberculoză a SRP

Raportul Global pentru Tuberculoză al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), elaborat în 2020, precizează că în anul 2019<sup>1</sup> (Figura nr.1):

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

La nivel global, rata incidenței TB a scăzut cu 9% în perioada 2015 și 2019 (de la 142 la 130 cazuri la 100.000 locuitori). Deși tendința evolutivă a endemiei TB la nivel mondial după anul 2015 a fost lent descendentă, grație intervențiilor diagnostice și terapeutice, OMS raportează în 2019 că opt țări au reprezentat două treimi din totalul cazurilor la nivel global: India, Indonezia, China, Filipine, Pakistan, Nigeria, Bangladesh și Africa de Sud (Figura nr.2)<sup>1</sup>.

În același raport OMS recizează, în concordanță cu rapoartele globale ante-



Figura nr.1. Raportul global TB 2020 (OMS)<sup>1</sup>

Estimated TB incidence rates, 2019

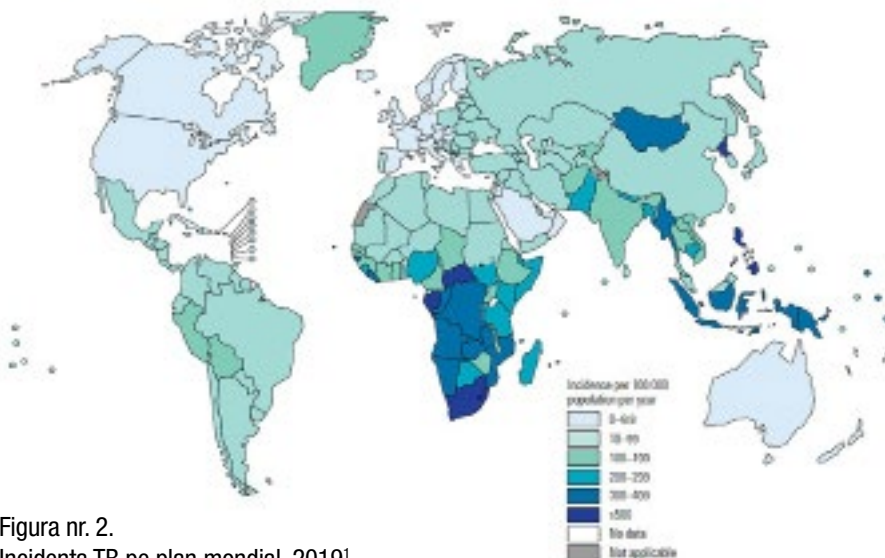


Figura nr. 2. Incidența TB pe plan mondial, 2019<sup>1</sup>

## Soluții avansate pentru diagnosticul molecular al tuberculozei și COVID-19



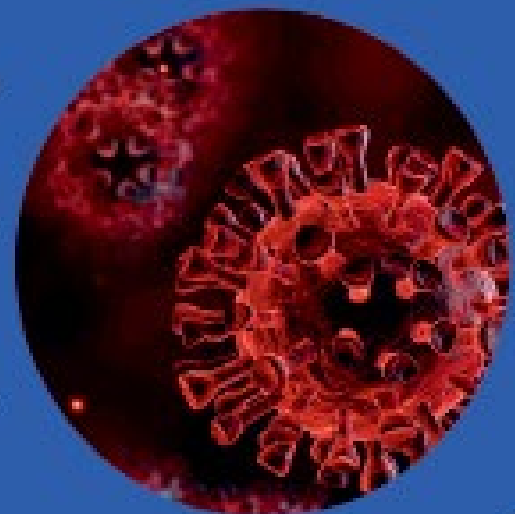
Sistemele de detecție moleculară Bruker/ Hain Lifescience pentru **Seria Mycobacteria** permit screeningul eficient al tuberculozei (TB) și ulterior identificarea mutațiilor responsabile pentru tuberculoza multidrog-rezistentă (TB-MDR) și/ sau tuberculoza cu rezistență extinsă (TB-XDR).

Outstanding experiences

Outstanding technology

Sistemul automat real-time PCR **FluoroCycler® XT** bazat pe tehnologia Liquid Array, permite detecția și identificarea noului coronavirus SARS-CoV-2 utilizând testele:

- **FluoroType® SARS-CoV-2 plus:** SARS-CoV-2, HCoV-HKU1, HCoV-OC43, HCoV-229E și HCoV-NL63
- **FluoroType® SARS-CoV-2/Flu/RSV:** SARS-CoV-2, Flu A, Flu B, RSV-A și RSV-B
- **FluoroType® SARS-CoV-2 var ID:** SARS-CoV-2 și variantele B.1.1.7 & B.1.525 (Marea Britanie), P.1 & P.2 (Brazilia) și B.1.351 (Africa de Sud).



TB notifications, EU/EEA\*, 2019

49 752 TB cases notified in 29 EU/EEA countries  
Notification rate 9.6 per 100 000 population (range 3.1–59.9)

Cases per 100 000 population

- < 5.0
- 5.0 to 9.9
- 10.0 to 19.9
- 20.0 to 49.9
- ≥ 50.0
- No data reported

Countries not visible in the main map

- Liechtenstein
- Malta



Figura nr.3. Incidența TB în Regiunea europeană, 2019



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



Figura nr.5 Incidența globală a TB la copii în România între anii 2002-2019



Figura nr.5 Incidența globală a TB la copii în România între anii 2002-2019

rioare, că numărul de cazuri incidente scade încet, în ambii termeni absoluți și pe cap de locuitor. La nivel global, rata

medie de scădere pe an a incidenței TB a fost de 1,7%, în perioada 2000–2019 și 2,3% pe an în intervalul 2018-2019. OMS

apreciază că această scădere este mult prea lentă pentru a atinge obiectivul strategic al Strategiei EndTB. Rata medie de scădere a mortalității TB la nivel global la persoanele HIV negative a fost de 45% în perioada 2000-2019 (inclusiv 3,7% între 2018-2019); în rândul persoanelor seropozitive, rata mortalității a scăzut cu 76%, în perioada 2000-2019.

România, țară membră a Uniunii Europene (UE), înregistrează cea mai mare incidență a tuberculozei din UE (de patru ori peste media UE), cu aproximativ 22% din cazurile de TB raportate în UE2, în condițiile în care deține doar 4% din populația UE (Figura nr.3).

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

În România incidența globală (IG) a TB (cazuri noi și recidive) a scăzut în ultimii 15 ani cu 60 %, de la un maximum de 142,9 cazuri la 100.000 locuitori în anul 2002 la 57,1 cazuri la 100.000 locuitori în 2019 (Figura nr. 4)3.

În concordanță cu tendința favorabilă a endemiei TB la nivel național din ultimii ani, incidența TB la copiii (0 - 14 ani), ca marker al eficienței măsurilor de control al TB la populația adultă, a scăzut în mod semnificativ cu 73,4 %, de la 48,1 cazuri la 100.000 locuitori în 2002 la 12,8 cazuri la 100.000 locuitori în 2019 (Figura nr. 5)3.

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

OMS precizează că politicile actuale adoptate pe scară largă ca răspuns la pandemia Covid-19 în curs de desfășurare, în special blocările și relocarea personalului și echipamentelor, a avut un impact negativ asupra câștigurilor realizate în eforturile globale de control al TB pentru a atinge obiectivele finale ale strategiei End TB5.

Datele provizorii adunate de OMS, din 84 de țări (ce reprezintă 84% din incidența globală estimată a TB în 2019), indică faptul că în anul 2020 îngrijirile



Countries reporting monthly or quarterly TB case notification data for 2020  
(as of 17 March 2021)



Figura nr. 7  
Cazuri TB notificate  
la nivel global în 2020

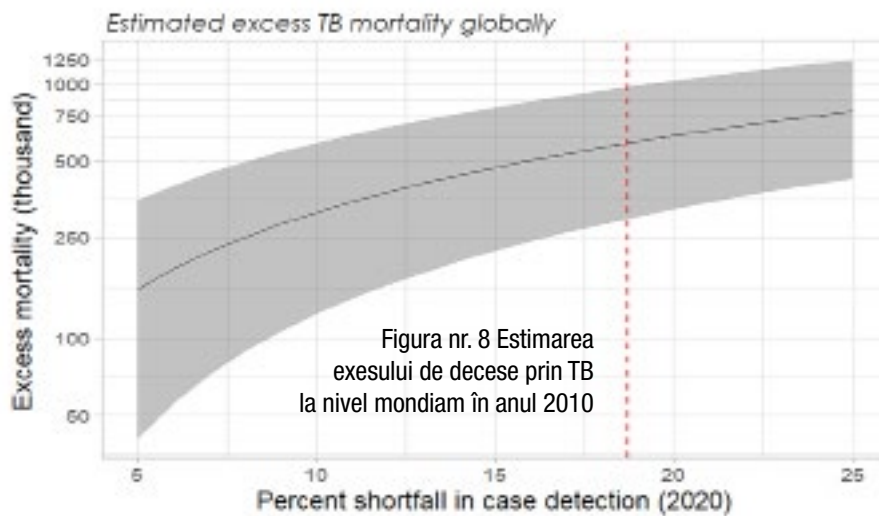
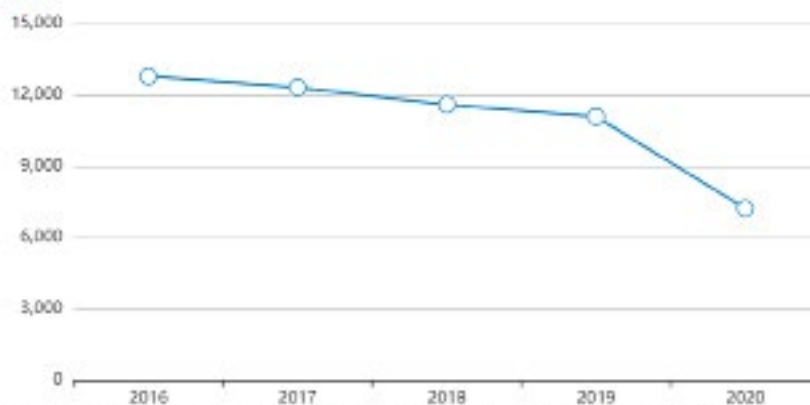


Figura nr. 8 Estimarea  
exesului de decese prin TB  
la nivel mondial în anul 2010

Number of new and relapse TB cases per year, 2016 - 2020\*  
Romania



\* 2020 data are provisional as reported to WHO by 2021-04-17 12:28 UTC and subject to change.

Figura nr. 9 Număr cazuri noi și recidive TB pe an în România, 2016-20206

pentru TB au scăzut cu 21% (cu 1,4 milioane de persoane mai puțin) față de 2019 (Figura nr.7)5.

OMS estimează că aceste perturbări legate de pandemia COVID-19 în accesul la îngrijiri pentru TB ar putea provoca suplimentar încă o jumătate de milion de

decese prin TB, ceea ce ar duce lumea înapoi cu un deceniu la mortalitatea cauzată de TB în anul 2010 (Figura nr. 8)5.

Perturbări legate de pandemia COVID-19 s-au răsfrânt și asupra controlului TB la nivel național, cazurile notificate în anul 2020 înregistrând o reducere cu

35% față de anul 2019. Astfel, doar 7.221 de cazuri noi și recidive de TB au fost înregistrate în anul 2020 la nivel național față de 11.083 cazuri în anul 2019 (Figura nr. 9)6.

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

În contextual actual OMS precizează că este important ca progresul realizat în prevenirea și îngrijirea TB să nu fie inversat de efectele pandemiei, iar pentru a evita acest lucru identificarea și tratarea persoanelor cu TB rămân pilonii fundamentali ai prevenirii și îngrijirii TB. Serviciile de sănătate, inclusiv programele naționale de combatere a TB, trebuie să fie implicate activ în asigurarea unui răspuns eficient și rapid la COVID-19, asigurându-se în același timp că serviciile TB sunt menținute5.

#### Referințe:

1. Global tuberculosis report 2020.WHO. [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)
2. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2021–2019 data, ECDC. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2021-2019-data>
3. Baza națională de date TB (actualizată la 31 mai 2020, martie 2021); <https://81.181.94.7:8080/tb/>
4. <http://statistici.insse.ro>
5. Impact of the COVID-19 pandemic on TB detection and mortality in 2020, WHO <https://www.who.int/publications/m/item/impact-of-the-covid-19-pandemic-on-tb-detection-and-mortality-in-2020>
6. 2020 data are provisional as reported to WHO. [https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb\\_pronto/](https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_pronto/)

# De ce Asociația de Apnee în Somn (AAS)?

Pentru că apneea în somn există și conform SRP 40% dintre români suferă de apnee în somn.

Cele mai multe tulburări de somn pot fi prevenite sau tratate, dar mai puțin de o treime dintre cei care suferă apelează la medicii specialiști. Pentru că nu știu că au asemenea tulburări și că acestea se pot trata.

Pentru că sforăitul, epuizarea, oboseala din timpul zilei, lipsa de concentrare la muncă sau adormitul la volan sunt semne care se leagă de apneea în somn.

Și pentru că statisticile oficiale sunt îngrijorătoare și arată o realitate crudă:

63-83% dintre persoanele cu hipertensiune rezistentă la medicamente au apnee în somn. <sup>(1)</sup>

50-90% dintre persoanele cu obezitate au apnee în somn. <sup>(2)</sup>

76% dintre persoanele cu insuficiență cardiacă congestivă pot avea apnee în somn. <sup>(3)</sup>

36% dintre persoanele cu diabet zaharat de tip 2 pot prezenta și simptome ale sindromului de apnee în somn. <sup>(4)</sup>

71-90% dintre persoanele cu un accident vascular cerebral anterior ar putea avea apnee în somn. <sup>(5)</sup>

## Ce vrea să facă AAS?

Asociația de Apnee în Somn își dorește să colaboreze cu medicii din România pentru a ajuta pacienții să înțeleagă mai bine tulburările de somn și implicat sindromul de apnee în somn, vrea să obțină decontarea necesară a dispozitivelor pentru terapie prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate și să faciliteze accesul echitabil și cât mai rapid la tratamentul de care au nevoie pentru îmbunătățirea vieții pacienților și prevenirea complicațiilor datorate acestui sindrom.

## Ce ar putea face AAS?

Campanii, conferințe, cursuri educaționale, broșuri și materiale informative despre apneea în somn, recomandări utile despre tratamentul acesteia și despre modalitatea de obținere a acestor dispozitive medicale care sunt recomandate în terapia acestui sindrom.

La toate aceste acțiuni sunt invitați toți medicii care doresc să se implice și să facă acțiuni de informare și conștientizare a acestui sindrom către publicul larg.

## Cum ar putea să facă toate acestea?

Prin înscrierea a câți mai mulți pacienți în asociație. Să devină o forță care să aibă puterea de a influența forurile competente din România pentru a ține cont de existența acestor pacienți și de a-i include în programele naționale de sănătate.

## Cum puteți dvs ca medic să ajutați acest proces?

Puterea medicilor este una imensă prin accesul și contactul direct cu toți pacienții care au tulburări de somn, adulți sau copii.

**Întotdeauna medicii sunt primii care pot să-i informeze pe pacienți despre existența Asociației de Apnee în Somn, pentru ca astfel să devină o forță care să obțină la nivel național decontarea dispozitivelor medicale pentru terapia sindromului de apnee în somn.**

Prin acest gest îi ajutați să aibă cât mai multe informații și să poată lua decizii în cunoștință de cauză.

Și astfel veți fi un medic care vă ajutați pacienții punându-le la dispoziție cât mai multe surse oficiale de cunoaștere a bolii și le facilitați drumul spre o diagnosticare cât mai rapidă și tratamentele necesare sindromului de apnee în somn.

## Care este scopul AAS?

Asociația are ca scop solidarizarea persoanelor afectate de Sindromul de Apnee în Somn (SAS) în vederea constituirii unei forțe reprezentative pentru interesele acestora.

ASOCIAȚIA APNEEA ÎN SOMN se bazează în organizarea și funcționarea sa pe principiile: inițiativei, implicării și cooperării, voluntariatului, respectului și sprijinul reciproc, transparenței, echității, competenței, responsabilității, principialității, durabilității.

## Cum puteți să luați legătura cu noi?

Vă așteptăm cu drag să ne susțineți sau să veniți cu idei de colaborare la sediul nostru din Oradea, Str. Gheorghe Doja Nr. 1A, Jud. Bihor, Tel: 0725 275 168, e-mail: asociatiaapneeaainsomn@gmail.com sau pe Facebook [www.facebook.com/AsociațiaApneeaInSomn/](https://www.facebook.com/AsociațiaApneeaInSomn/)

Sursa 1,2,3,4,5: [www.stopbang.ca/osa/predisposing.php](http://www.stopbang.ca/osa/predisposing.php)



# Beneficiile Aspivitei în tratamentul infecției cu COVID-19

COVID-19 afectează persoanele în moduri diferite. Majoritatea persoanelor afectate vor dezvolta o formă ușoară sau moderată a bolii și se vor recupera fără spitalizare. Cele mai frecvente simptome sunt: febră, tuse seacă, oboseală; mai rar diaree, dureri în gât, cefalee, mialgii, pierderea gustului sau a mirosului, o decolorare a degetelor de la mâini sau de la picioare.

**Dr. Savu Angelica**

Medic primar pneumolog

**C**azurile grave au dispnee și dureri toracice. Persoanele care au simptome ușoare sau moderate trebuie să se auto-izoleze. Din momentul în care o persoană este infectată cu virusul SARS-CoV-2, durează 5-6 zile până apar simptomele, uneori chiar 14 zile.

Dintre pacienții infectați și tratați în ambulatoriul de pneumologie, mi-a reținut atenția un caz cu formă gravă care a refuzat internarea. Pacient de 48 de ani, sex masculin, cu istoric medical de astm bronșic necontrolat, tratat doar cu Ventolin, nefumător, fără expunere la noxe respiratorii, fără antecedente de boli chirurgicale, fără alergii la alimente, factori de mediu sau medicamente. În data de

02.09.2020 s-a prezentat la cabinet cu astenie fizică marcată, subfebrilitate, mialgii, tuse seacă, simptome apărute de 5 zile. La examenul clinic prezenta expir prelungit, tuse frecventă seacă, SaO<sub>2</sub> 85%, puls 97bpm, TA 160/95 mmHg, radiografia pulmonară prezenta infiltrații alveolare, perihilar bilateral, desen bronhovascular hiliobazal drept accentuat și atelectazii lineare suprahilar bilateral.

Electrocardiograma, ecografia cardiacă au fost normale. Spirometria prezenta disfuncție ventilatorie mixtă, predominant restrictivă, cu reducerea capacității vitale cu 60% și a vemsului cu 59%, cu reversibilitate +11% după Ventolin.

Pacientul a primit tratament cu Zinnat 1g pe zi, Prednison 20 mg pentru 10 zile, apoi Azitrox 9 zile, Aspivita 1 comprimat pe zi și Foster 4 pufuri pe zi. A re-

fuzat internarea, testul COVID-19 rapid a fost pozitiv și a stat în izolare conform regulamentului 14 zile, fiind monitorizat de medicul pneumolog.

În data de 28.09.2020, pacientul a revenit la control. La examenul clinic era normal stetacustic, saturație oxigen 95%, TA 130/80 mmHg, puls 82. Radiografia pulmonară a evidențiat remisie importantă a leziunilor inflamatorii alveolare, atelectatice cu persistența desenului bronhovascular accentuat bilateral. Spirometria s-a îmbunătățit mult ca valori, având vems redus doar cu 23% comparativ cu 77% la prima vizită și capacitatea vitală redusă cu 36% comparativ cu 59% la prima vizită.

În această situație, pacientul a primit în continuare Aspivita, Foster 100/6 mcg 2 pufuri la 12 ore și Medrol 16 mg un comprimat la 2 zile, 20 de zile. A fost revăzut în data de 08.10.2020, când prezenta tuse seacă rar, după eforturi fizice; în rest TA 130/70 mmHg, puls 75 bpm, stet acustic pulmonar normal. Pacientului i s-a administrat Aspivita de la prezentare până în prezent și nu a luat niciun antihipertensiv, deși la examenul inițial avea TA 160/95 și evoluția TA a fost favorabilă, menținându-se sub tratament valori de 130/80 mmHg, pulsul s-a normalizat și nu au apărut elemente tromboembolice specifice bolii pe durata tratamentului.

Consider, în acest caz, că Aspivita a îmbunătățit activitatea sistemului circulator, reglând procesul de dezvoltare a cheagurilor, menținând TA în limite normale, fluidizând circulația. Pacientului i s-a recomandat să continue până la 6 luni administrarea de Aspivita, aceasta fiind un beneficiu pentru pacient, prevenind sechelele imprevizibile ce pot fi date de COVID-19.



# PlasmaTYPHOON

The unique solution for fast drying  
and active storage of endoscopes



### Cycles

Drying 2 min 30  
Storage 6 sec

Total 2 min 36

**PLASMA**BIOTICS

Perfection in Detail



**Spreadable  
Video Mediastinoscope**

Dismantlable for optimum reprocessing



# A X-a Conferință Managementul Bolilor Pulmonare

**9 Credite EMC - MEDICI**  
**10 Credite EMC - ASISTENȚI MEDICALI**

Organizator științific



Producție online &  
Management eveniment



**Detalii despre ÎNSCRIERE pe:**  
**[Sanatatea.ONLINE](http://Sanatatea.ONLINE)**





STORZ MEDICAL AG, 70839 GOTTALDEN, GERMANY

## Silver is the New Black

**LIVE – the new LED integrated Video Endoscopes for bronchoscopy**

- Therapy and diagnosis in HD
- In two sizes: 5.8 and 6.8 mm
- Homogeneous illumination
- Enhanced visualization with 5-Technologies



STORZ MEDICAL AG, 70839 GOTTALDEN, GERMANY  
STORZ MEDICAL AG, 70839 GOTTALDEN, GERMANY  
STORZ MEDICAL AG, 70839 GOTTALDEN, GERMANY







# Changing Care. With you.

At Lijude VitolAire România face parte din grupul At Lijude, înființat în 1992,  
lăcăr model în domeniul încălzirii, cu prezență în peste 60 de țări.  
Ofertăm pacienților din România îngrijire calificată, siguranță, experiență.

