DIAMEDIX Diagnostica
www.diamedix.ro

Salin

Xolair
omalizumab

Doppel herz®

# Supliment Alergologie

# 2013 MEDICAL market

## Din sumar

Interviu cu Prof. Univ. Dr. Diana Deleanu 4

Imunitatea-esențială în combaterea alergiilor 14

Rinita ocupațională 24

7
Aventura numită Salin

20
Cum ne structurăm consultul medical

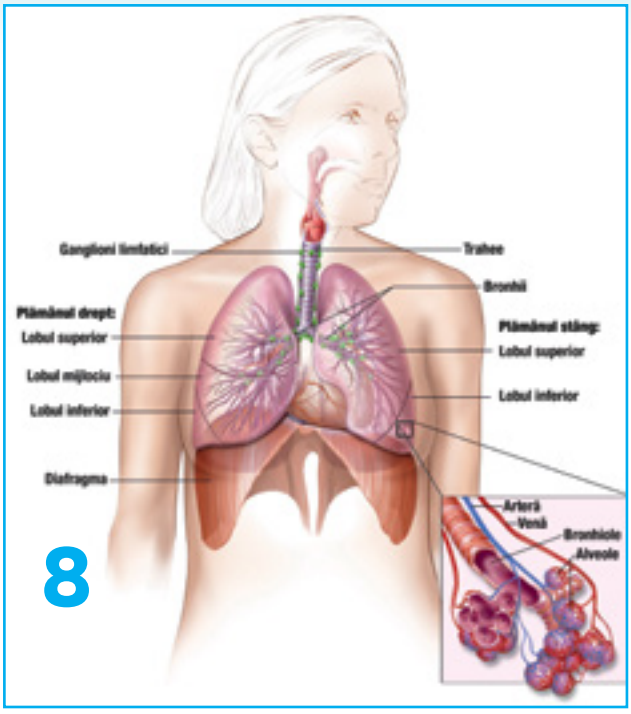
28
Programul de educație terapeutică

# Salin

**Unique in preventing and treatment of respiratory affections**

- ✶ mărirea rezistenţei generale a organismului la răceli;
- ✶ acţiune generală desensibilizantă în probleme alergice;
- ✶ de mare ajutor în rinite, sinuzite, laringite;
- ✶ rezultate favorabile în astm bronşic, bronşite astmatiforme, bronşite, bronşectazii, silicoze, recuperări în TBC, mucoviscidoză;
- ✶ somn liniştit, odihnitor, stare de confort psihic;
- ✶ scăderea problematicii sforăitului;
- ✶ reducerea problemelor respiratorii ale fumătorilor;
- ✶ ajutor natural în renunţarea mai uşoară la fumat;
- ✶ calitate deosebită a aerului care devine proaspăt şi plăcut respiraţiei, cu asigurarea unui ambient interior plăcut.

**S.C.Tehno Bionic S.R.L.** Buzău, Str. Agriculturii nr 55, tel/fax: 0238.725.321
email - salin@tehnobionic.ro / www.salin.ro



| | |
|---|---|
| Un pacient face 100 de km până la cel mai apropiat alergolog | 4 |
| Astmul bronșic cu trigger psihogen | 8 |
| Este posibilă configurarea unui panel pediatric de alergeni la nivel național? | 12 |
| Imunitatea -esențială în combaterea alergiilor | 14 |
| Sistemele de aer condiționat și poluarea de interior | 16 |
| Cum ne structurăm consultul medical, în special pentru pacienții cronici-alergici, în funcție de tipul lor de personalitate? | 20 |
| Testarea cutanată alergologică la polenuri în rinoconjunctivita alergică | 22 |
| Rinita ocupațională și sindromul clădirii bolnave | 24 |
| Programul de educație terapeutică și introducerea sa în criteriile de evaluare a calității actului medical din România | 28 |


EDITOR
FIN WATCH
Aleea Negru Vodă nr.6, bl. C3, sc. 3, parter, 030775, sector 3, București
Tel: 021.321.61.23
Fax: 021.321.61.30
redactie@finwatch.ro
P.O. Box 4-124, 030775
ISSN 2286 - 3389

# Un pacient face până la cel mai

## Interviu cu Prof. Univ. Dr. Diana Deleanu,
Preşedinte Societatea Româna de Alergologie şi Imunologie Clinică

***Conform statisticilor World Allergy Organisation, circa 20 % din locuitorii planetei suferă de o formă de alergie alimentară dar, ceea ce este şi mai grav, în ultimii 10 ani prevalenţa alergiei alimentare s-a dublat iar pentru cei aflaţi la vârsta copilăriei (şi mai ales în primul an de viaţă) rata de incidenţă s-a multiplicat cu 7!. Puteţi să explicaţi această tendinţă?***

Întradevăr, în ultimii ani numărul persoanelor alergice a crescut şi alarmant este forma severă de prezentare a unora dintre alergii! Ca urmare a creşterii numărului de pacienţi care acuză simptome induse de alimente, inclusiv alergii alimentare, Organizatia Mondiala a Alergiei (WAO) a propus ca în anul acesta, săptămâna dedicată bolilor alergice să aibă în centru alergia alimentară. Săptămâna alergiei s-a desfăşurat între 8 şi 16 Aprilie 2013.

În SUA, numărul persoanelor decedate prin anafilaxie indusă de alimente este mai mare decât cei a căror cauză de deces o constituie veninurile de insecte sau medicamentele. Din păcate, nicăieri în lume nu există o explicaţie documentată ştiinţific pentru a motiva creşterea numărului de pacienţi alergici şi a formelor variate de alergie. Cea mai vehiculă explicatie, dar încă doar o ipoteză, este teoria igienei, în care lipsa expunerii copiiilor foarte mici la bacterii nepatogene poate duce la o deviere în exces a sistemului imunitar, ce acţionează mai mult decât trebuie (alergiile sunt o forma de hipersensibilitate a sistemului imunitar), acolo unde nu este necesar (împotriva alergenilor, care nu au nicio acţiune patogenă asupra omului).

***Este în România alergia alimentară o problemă de sănătate publică? Se cunoaşte care este situaţia, exista o evidenţă a cazurilor de alergie alimentară, există organisme naţionale care să ţină sub control interacţiunea dintre om şi aliment? De exemplu, sunt etichetate corespunzător alimentele cu risc alergic?***

Din păcate şi în acest sens România este o „codaşă": nu avem o evidenţă exactă a alergiilor alimentare (ca de altfel a niciunei forme de alergie). Acest fapt îl resimţim ca o eroare a sistemului de sănătate din România, deoarece alergiile alimentare sunt o patologie relativ frecventă în rândul sugarilor şi copiiilor mici. În plus, ea are repercursiuni asupra familiei, instituţiilor de educare colectivă (creşe, grădiniţe, şcoli). Spre norocul unor pacienţi, există informări privitoare la afecţiunea alergică, la alergenii alimentari şi se pot autoproteja, dar aceasta NU REPREZINTĂ UN STANDARD DE CALITATE al asistenţei medicale. Etichetarea alimentelor în privinţa alergenilor alimentari lasă de dorit în România. Conform principiilor internaţionale (la care a aderat Uniunea Europeană) este obligatoriu menţionarea a 8 alergeni alimentari majori. Aceştia sunt responsabili de 90% dintre alergiile alimentare: laptele de vacă, oul, arahidele şi nucile din copac, peştele, fructele de mare, grâul şi alte cereale, soia, seminţele (precum cele de susan). Pe lângă acestea, nu sunt puţine cazurile de alergie alimentară indusă de fructe (kiwi, pepene, măr etc).

Este igiena alimentară o cauza a creşterii incidenţei alergiilor alimentare? Acest gen de alergie este privit ca un panaceu al ţărilor civilizate, în care mai ales în ultimele decenii sistemele de supraveghere a igienei alimentare au crescut. Vorbim deja de trasabilitatea celor mai multe produse alimentare pe drumul lor de la produs brut la produs finit, ceea ce ar fi condus

# 100 de km apropiat alergolog

mai degrabă la eliminarea alimentelor din lista factorilor alergeni.

Teoria igienei se referă la expunerea timpurie (din primele ore de viaţă ale omului la germeni nepatogeni, precum lactobacilii). Igiena alimentaţiei, sau mai degrabă lipsa igienei alimentului duce la toxiinfecţii alimentare, la fel de neplăcute şi uneori extrem de severe (de ex. holeră, dizenterie, toxiinfecţii alimentare stafilococice etc). Întradevar, alergiile reprezintă o îmbolnăvire întâlnită cu precădere în ţările dezvoltate economic, cu standard crescut de igienă alimentară, dar avem alergii şi în Brazilia, unde igiena alimentelor nu este atât de strictă. în plus alergenii alimentari se comportă diferit: unii se degradează prin gătire (proteinele îşi schimbă conformaţia şi astfel îşi pierd alergenicitatea), altele sunt extrem de stabile termic (de ex. laptele de vacă) iar alte produse îşi dobândesc alergenicitate doar prin preparare termică. Şi parcă pentru a complica şi mai mult lucrurile, există alimente modificate genetic tocmai pentru a se pierde alergenicitatea (orez modificat genetic, hipoalergenic în Japonia).

Medicina romaneasca este suficient de bine pregatita pentru diagnosticarea alergiilor alimentare şi tratarea acestora? Exista vaccinuri impotriva antialergiilor?

Medicina din România este doar la începuturi în ceea ce priveşte alergiile alimentare, dar nu putem nega eforturilor multor medici (mai ales pediatrii) care s-au ocupat de copii alergici la alimente. Există în prezent astfel de centre de pediatrie cu preocupari deosebit de intense: Iaşi, Bucureşti, Cluj. Dar, alergia alimentară ca domeniu ştiinţific (documentare diagnostică exactă) se face doar de câţiva ani la Alergologie la Cluj, în cadrul IRGH.

Există vaccinuri alergenice care încearcă să inducă toleranţa pacienţilor la alergeni, dar marea lor majoritate nu sunt alimente. Se poate tenta inducerea toleranţei la un aliment, chiar cu alimentul respectiv (de ex. laptele de vacă). Alergiile alimentare severe se trateaza în ţările dezvoltate şi cu terapie biologică, de ex. anticorpi monoclonali anti-IgE (IgE este anticorpul răspunzător de alergie).

***Printre alimentele alergene cele mai frecvente se numară produse de foarte larg consum precum grâul, peştele, ouăle, laptele de vacă, alunele, nucile, ţelina, muştarul, căpşunile. Există o explicaţie ştiinţifica pentru această situaţie? Ce conţin aceste alimente ca să provoace reacţii alergice?***

Acestea sunt alimentele cele mai frecvent implicate în alergia alimentară. Ele conţin proteine, unele cu provenienţă comună (de ex. pentru regnul vegetal: profilina), care au abilitatea stimulării sistemului imunitar în direcţia unei hipersensibilităţi imediate (anafilactice, reaginice). Marea majoritate a alergenilor sunt diferiţi structural, motiv pentru care unii pacienţi nu pot consuma arahide, dar pot bea lapte de vacă. Totuşi, nu pot să nu menţionez că există şi alergeni cu structuri chimice apropiate şi care produc reacţii încrucişate (între fructe: avocado cu pepenele), adică un pacient alergic la avocado va reacţiona şi la pepene, chiar în afara sensibilizării la acest fruct.

***Vine primavara, anotimpul exacerbării alergiilor avand ca substrat factori naturali, precum polenul, insectele. Există recomandări medicale pentru cei mai sensibili? Programe de vaccinare antialergică? Se poate determina la fiecare persoană ce risc alergic are şi la ce factor alergen, ca să putem preveni o posibilă reacţie neaşteptată şi poate fatală?***

Primavara avem alergiile la polen, dar acesta este prezent în atmosferă (acum, cu încălzirea globală) până toamna târziu. Există o serie de recomandări pentru reducerea expunerii la polen (utilizarea de filtre pentru polen, uscarea hainelor în casă şi nu afară etc) .

Deasemenea, insectele (hymenoptere – albine, viespi) reprezintă un risc de anafilaxie în perioada primăverii, cu extindere până toamna târziu. Şi aici, regulile de bun simţ (să nu se umble desculţ prin iarbă) sau evitarea culorilor pastelate, a parfumurilor tari pot reduce riscul înţepăturii de insectă.

Exista un model de răspuns alergic ce ar putea fi anticipat, dar ca regula generală, riscul unei alergii (mai ales la prima manifestare) nu poate fi prevăzut! Atitudinea normală de prevenţie (informarea şi educarea pacientului) pentru cei cu risc alergic este cea mai bună metodă, deoarece permite pacientului a se descurca rapid şi corect în cazul unui posibile alergii severe.

Există programe de vaccinare cu vaccinuri alergenice pentru creşterea toleranţei la alergeni, dar acestea trebuie facute doar la pacienţi selectionaţi. Ele nu sunt necesare la toţi pacienţii.

***Excesul de medicamente este un factor de risc pentru alergii? Exista un sistem de preîntâmpinare a prescrierii de medicamente contraindicate pentru alergici?***

Utilizarea unui medicament este condiţia sine qua non a unei alergii. Aceasta este şi cauza creşterii numărului de alergii medicamentoase şi a apariţiei alergiilor practic la orice medicament. Există sisteme de reducere a numărului de alergii medicamentoase printr-o anamneză corectă a pacientului, prin chestionarea lui legat de boli alergice/atopice, prin utilizarea me-

dicmanetelor cu risc redus de sensibilizare, prin testare atunci când este cazul.

***Unele reactii alergice presupun o strânsa colaborare între medicul alergolog şi medici din alte specialităţi: dermatologie, pneumologie, medicina de laborator, ORL?***

Pacientul alergic poate avea numeroase forme de prezentare a alergiei (pacient cu rinită poate avea şi conjunctivită şi astm şi dermatită atopică şi poate dezvolta şi o alergie alimentară sau medicamentoasă). Această situaţie a dus la realitatea unei colaborări strânse între alergolog şi medici din alte specialităţi (ORL, dermatologie, pneumologie, pediatrie). Azi nu se poate concepe ca un diagnostic să nu includă şi investigaţii de laborator, încât dozarea IgE total şi specific face parte din bateria obligatorie la orice pacient cu suspiciune de boală alergică.

***Sunt situatii în care o reacţie alergică (cum este un soc anafilactic) necesită intervenţia de maximă urgenţă a medicului, similar cazului unui infact sau al unei comoţii cerebrale. Există în echipele sanitare de pe ambulanţe personal bine instruit? Ar trebui să cunoaştem fiecare ce măsuri de primă urgenţă să luăm până la venirea medicului?***

Şocul anafilactic este o urgenţă majoră, la care intervin medici calificaţi (de la salvare, SMURD, spitale, cabinete ambulatorii). Accidente de anafilaxie se pot întâmpla oriunde, motiv pentru care asistenţa de urgenţă trebuie asigurată de persoanele prezente, cu cunoştinţe de prim ajutor medical. Medicamentul de salvare în şocul anafilactic este adrenalina/epinefrina, care din păcate astăzi nu se mai găseşte în România sub forma unor penuri (prezente în toate ţările dezvoltate!) cu autoadministrare. Şi aceasta este încă o dovadă a funcţionării deficitare a sistemului sanitar românesc! Prin aceste penuri cu autoadministrare s-ar putea salva în România câteva zeci de vieţi anual!

***Ocupându-ne de prezentarea capacităţii de servicii medicale din sistemul de sănătate românesc, prin elaborarea unui anuar al spitalelor şi unităţilor medicale ambulatorii, remarc deschiderea în ultimii 10 ani la unele spitale a unor secţii sau cabinete de Alergologie şi Imunologie noi, ca o preocupare de a se răspunde trendului crescător al incidenţei bolilor alergice prin creşterea capacităţilor medicale de tratament. Ce mai trebuie făcut ca alergicii români să fie în singuranţă?***

Avem şi rezultate bune: sunt mai mulţi medici alergologi (majoritatea tineri şi entuziaşti) şi mai multe servicii ambulatorii şi cu paturi pentru alergologie ca în urmă cu 10 ani. De fapt, acum vedem rezultatele unei acţiuni începute în 1996, prin înfiinţatea unui program de rezidenţiat pentru alergologie şi imunologie clinica în ţara noastră. Dar, încă suntem puţini raportat la numărul de pacienţi. Am făcut o evaluare şi un pacient alergic ar trebui să parcurgă în medie 100 km pentru a se prezenta la un cabinet de alergologie şi avem doar un medic alergolog la 200.000 locuitori, ceea ce este extrem de putin!

**Nume:** DELEANU DIANA MIHAELA (Ex Dumitraşcu)

**Data naşterii:** 24 November 1958, Cluj, Romania

Date contact: st. Onisifor Ghibu Nr. 19, 400185 Cluj-Napoca, România,

**Tel.:** 0264-43 26 29; **Fax:** 40-264-43 17 58: **Mobil:** 0722-997525

**E-mail:** deleanudiana@yahoo.com

**Profesie:** Profesor de imunologie, University of Medicine and Pharmacy (UMF) „Iuliu Haţieganu", Institute of Gastroenterology and Hepatology, Allergy Dept ; St Croitorilor 19-23; 400162 Cluj-Napoca, Romania, Tel: 40 - 264 - 43.26 29 or 40-264-43 96 96 – ext. 141; ext 195; Fax: 40 – 264 - 43.34.27

**Studii:**

- 1965 - 1969: Primary school: 1st – 4th forms: School No 2 – Bob, Cluj
- 1969 - 1972: Gymnasium 5th – 8th forms: Lyceum „Emil Racoviţă", Cluj
- 1972 – 1977: Lyceum 9th – 12th : Lyceum „Emil Racoviţă", Cluj-Napoca
- 1977 – 1983: Faculty of Medicine: University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca
- Specializări:
- 1983 – 1986: 3rd Medical Clinic, UMF, Cluj-Napoca
- 1986 – 1989: resident for internal medicine at 3rd Medical Clinic, UMF, Cluj-Napoca
- 1991 – 1994: resident for allergology, Hospital CFR II, University of Medicine and Pharmacy „Carol Davila" (UMF), Bucureşti

**Locuri de muncă:**

- 1983- 1985: Regional Hospital CFR, Cluj-Napoca
- 1985-1993: Institute of Hygienae and Public Health, Cluj-Napoca
- 1993-1998: University of Medicine and Pharmacy „Iuliu Haţieganu", Cluj-Napoca – assitent professor of internal medicine
- 1998-2003: University of Medicine and Pharmacy „Iuliu Haţieganu", Cluj-Napoca – assitent professor of immunopathology
- 2003-2007: University of Medicine and Pharmacy „Iuliu Haţieganu", Cluj-Napoca - assistent professor of allergy and clinical immunology
- 2008 up to now: University of Medicine and Pharmacy „Iuliu Haţieganu", Cluj-Napoca - professor of allergy and clinical immunology

**Specializări în străinătate:**

- 1992: Oct-Dec.: CLINICA UNIVERSITARIA, PAMPLONA, Spain – scholarship of 3 month from UCB
- 1993: sept-oct.: Bad Lippspringe, Germany – scholarship from German Society of Allergology at dr. Debelici
- 1995: May: Southampton, Great Britain - Tempus at prof. Holgate ST;
- 1995-1996: Southampton, Great Britain – schoolarship of one year from British Medical Association (BMA) actually worked with senior lecture dr. S.L. Johnston

**Lucrări publicate:** 30 în Romania and 12 abroad

**Membră în societăţi medicale:**

- Romanian Society of Gastroenterology 1985-2011
- Roamian Society of Immunology 1985-2011
- Romanian Society of Allergology and Clinical Immunology 1991-2011
- European Academy of Allergology and Clinical Immunology 1992-2011
- Balkanian Society of Allergology1995-1999
- **Titluri:** President of Romanian Society of Allergology and Clinical Immunology since March 2006 up to now
- Sitiaţie familială: căsătorită, mamă a 2 copii
- copii: Dumitraşcu Dinu Iuliu, born: 13.06.1981
- Dumitraşcu Irina Dora, born: 07.04.1985

# Aventura numită Salin

Acum 13 ani a început o aventură numită SALIN. O aventură a cunoașterii pentru sănătate, a realizării unor invenții - un domeniu foarte nou al terapiilor naturale.

Pentru cei care au probleme respiratorii, pentru părinţii care au copii cu probleme respiratorii, pentru tot mai mulţi medici de familie sau specialişti, aparatele Salin au intrat într-un normal al utilizării ca o terapie naturală de mare valoare.

## Lista afecţiunilor

Pe lângă astm, alergii respiratorii, rinite, sinuzite, laringite, bronşite, lista cuprinde practic toate problemele legate de buna funcţionare a aparatului respirator. În afecţiuni ORL, SALIN se arată a fi de mare ajutor în rinite, sinuzite, laringite cu o acţiune generală desensibilizată în probleme alergice. În afecţiuni pneumologice au fost obţinute rezultate favorabile în astm bronşic, bronşite astmatiforme, bronşite, bronşectazii, silicoze, recuperări în TBC, mucoviscidoză.

## Efectele favorabile

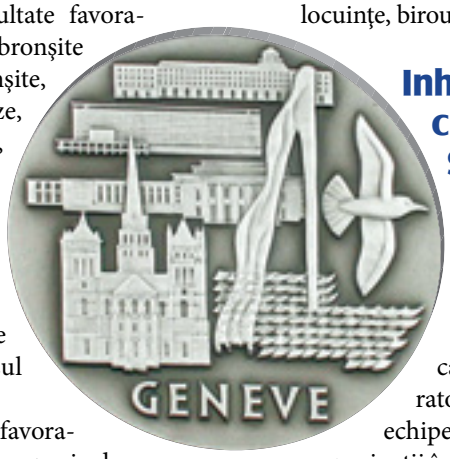
Sunt deosebit de spectaculoase în cazul copiilor.

Se remarcă şi efecte favorabile în diverse alte cazuri de insuficienţe respiratorii, ca de exemplu în cele pe fond cardiac sau tiroidian.

Aparatele Salin au fost medaliate cu aur şi argint la saloanele de invenţii de la Bruxelles, Geneva, Chişinău. Au primit marca de aur la expoziţiile Natura Vita, sunt menţionate pe internet în Doctor's Guide.

În mod curent, sunt produse aparatele **SALIN S2** şi **SALIN PLUS** pentru tratarea salină a aerului ambiental, inhalatorul cu mască **SaltMed** şi mezinul gamei, miniinhalatorul **InSALIN.**

Aparatele Salin pentru tratarea ambientală a aerului sunt foarte eficiente şi comode în utilizare, doar prin simpla funcţionare în spaţiul în care stă mai mult sau doarme utilizatorul. Aparatele asigură purificarea generală a aerului în spaţii diverse: locuinţe, birouri.




## Inhalatorul cu mască SaltMed

s-a dovedit deosebit de eficient în utilizare în terapia intensivă postoperatorie pentru pacienţii care au probleme respiratorii, în intervenţii ale echipelor SMURD pentru pacienţii în criză astmatică.

Miniinhalatorul **InSalin** valorifică ideea unor mici inhalatoare, care să poată fi permanent la îndemâna utilizatorului. Experienţa pe care o avem în ceea ce înseamnă emisia aerosolilor salini de către granulele de sare ne-a permis realizarea unui dispozitiv deosebit de performant. Este şi foarte plăcut estetic, fiind realizat de un designer tânăr şi talentat. Miniinhalatorul **InSalin** este un dispozitiv destinat utilizării la purtător, ceea ce permite folosirea înainte, după sau pe durata expunerii în medii care activează problemele respiratorii. La şcoală, la sala de gimnastică, la serviciu, în aglomeraţii sunt multe situaţii în care **InSalin** este de un mare ajutor.

**S.C.Tehno Bionic S.R.L.** Buzau, Str.Agriculturii nr 55, tel/fax: 0238 725 321 email - salin@tehnobionic.ro / www.salin.ro

# Astmul bronșic cu trigger psihogen

## 1. Particularități de fond

### Modalități de declanșare psihogenă a atacurilor de astm

În multe cazuri astmul bronsic este, cel puţin iniţial, de origine alergică sau intrinsecă (non-alergică), iar declanşarea psihogenă este un „factor suplimentar". Trebuie accentuat faptul că studiul rolului jucat de factorii psihogeni în declanşarea atacului de astm bronșic are doua aspecte:

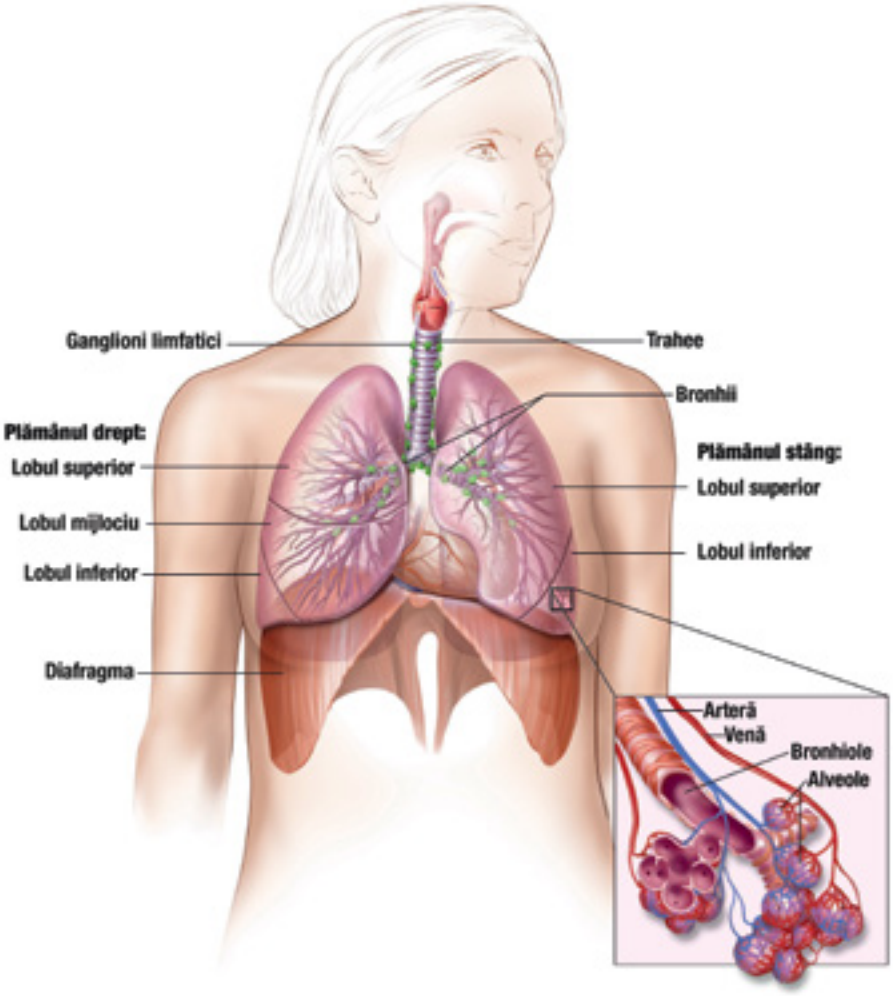
- Relaţia dintre stresul psihologic - ca o regulă extinzându-se pe o lungă perioadă de timp în viaţa pacientului, şi având o intensitate şi durată variabilă - şi apariţia primelor atacuri de astm bronșic, corespunzând debutului bolii.
- Relaţia dintre excitanţii comuni, zilnici, de ordin psihologic şi declanşarea atacurilor de astm după debutul bolii.

Legitimitatea astmului pur psihogenic a fost sugerată (cu anumite rezerve) de către autori precum Hansem, Findeisen, Seropian, Graham and Mathov, care se bazează pe observaţii clinice ale atacurilor de astm bronșic fără nici o explicaţie alergică sau infecţioasă (cele două mari etiologii admise la acel moment, 1970-1980).

Oehling (1) consideră că factorii psihologici – la fel ca şi factorii fizici, chimici, sau neurali – joacă un rol secundar în inducerea perturbărilor care duc la astmul bronșic. Mathov (2) a exprimat în 1981 o serie de rezerve cu privire la etiologia exclusiv psihogenică a astmului, aşa-zisul „astm psihogenic". Autorul a invocat, la fel cum o facem şi noi, faptul că pacienţii cu „astm psihogenic" au antecedente fie personale fie familiale de alergie şi un nivel total de IgE mărit, şi suferă de fapt de astm alergic. Aceşti pacienţi au o evoluţie cvasi-constantă a astmului în primăvară sau toamnă, şi nu răspund favorabil la medicaţie anxiolitică. Mathov restricţionează sfera – şi asa limitatată – a astmului pur psihogen la acele cazuri care sunt declanşate de cauze psihogene în absenţa unei alergii sau infecţii demonstrate.

Klaper (citat de Klumbies) (3) nu a găsit nici măcar un singur pacient cu astm psihogenic pur, chiar dacă o etiologie psihogenică a fost identificată în 53 de cazuri.

Din cei 120 de pacienţi pe care i-am investigat într-un studiu personal (Iamandescu, 1980)(4) nici unul nu a avut astm pur psihogenic, adică declanşare pur psihogenă a atacurilor, exclusiv de către



factori psihologici. 89 din acești pacienţi aveau o etiologie alergică pură (la praf, polen, daphnia, mucegaiuri) confirmate prin teste , în timp ce 31 aveau astm intrinsec.

În contextul unor grupuri mari de astmatici cu etiologie alergică sau de alt tip, formele de astm care sunt declanșate de factori adiţionali psihogenici au putut fi identificate. Acestea sunt notate în 62,5% din pacienţii spitalizaţi, majoritatea cazurilor fiind cu o evoluţie prelungită și mai severă a bolii, dar în numai 30% din cazurile ușoare și moderat severe care sunt urmărite în ambulator (4). Procentul de trigger psihologic este maxim (86%) la pacienţii corticodependenţi.

În concluzie, deși stimulii psihologici ar putea determina apariţia atacurilor de astm bronșic, nu sunt un factor exclusiv etiologic (4)(6) și aceasta este în concordanţă cu opiniile recente.

În timp ce, pe de o parte, contestăm un astm bronșic pur psihogen, este necesar să izolăm acele forme de astm bronșic, fie ele alergice sau intrinseci, unde debutul atacurilor este provocat și de factorii psihologici.

## 2. Incidența

În ceea ce privește incidenţa declanșării psihogene a atacurilor de astm alergic, aceasta variază – din datele din literatură – în legătură cu severitatea bolii, dar și în relaţie cu vârsta pacientului (7). Procentul unor statistici mai vechi variază de la 8% (8) într-un grup de 441 pacienţi cu astm până la 54% (Pearson, 1958) la un lot de 375 pacienţi. Mai recent (1992) Richter and Dahme (9) au evaluat aprecierile făcute de medici (60%) și psihosomaticieni (68%).

Am examinat aceste probleme în contextul tezei doctorale, și în câteva studii ulterioare (1996, 1998, 2006), și de aceea suntem în poziţia de a prezenta datele personale în lumina experienţei altor autori. Un studiu analitic prezentat într-o lucrare publicată în 1985 a încercat să stabilească relaţia dintre stresul psihologic și triggerul atacurilor de astm. Am studiat un lot de 120 de pacienţi cu astm și doua loturi control inclusiv pacienţi cu boli psihosomatice (60 de pacienţi cu urticarie și 50 de pacienţi cu ulcere digestive). Toate grupurile de pacienţi cu boli psihosomatice au fost comparate între ele și cu un grup de subiecţi sănătoși.

Analiza acestor rezultate a dezvăluit următoarele aspecte importante:

**1.** Prezenţa evenimentelor psihologice traumatice în perioada ce precedă primele atacuri de astm a fost detectată la aproximativ 66% din pacienţii cu astm, un procent care este statistic semnificativ diferit ($p<0.01$) de procentul scăzut aflat la lotul de subiecţi normali (42%) și de procentul înalt (83%) aflat la pacienţii cu urticarie, în timp ce lotul de pacienţi cu ulcer (70%) nu a diferit semnificativ de lotul cu astm.

- Trebuie să menţionăm faptul că subiecţii control au avut de asemenea o proporţie mare (42%) de traume majore psihologice în ultimii 5 ani (durata maximă a bolii astmatice în lotul de pacienţi astmatici), un fapt care a fost menţionat și de alţi autori români într-un procent similar (44,6%) (10).
- Se poate spune din cele de mai sus că nu doar stresul psihic singur este implicat în declanșarea bolii, și că o „rezonanţă psihică", determinată de fondul de personalitate și de fondul organic (meiopragie morfofuncţională) este de asemenea necesară pentru a permite factorului psihic să-și exercite rolul.

**2.** În ceea ce privește natura evenimentelor psihologic traumatizante care s-au petrecut în viaţa subiectului cu luni, săptămâni înainte de declanșarea primelor atacuri de astm, cele petrecute în mediul familial sunt clar în majoritate, mai ales conflictele maritale, culminând cu trauma divorţului.

**3.** O anamneză detaliată a fost făcută la pacienţii spitalizaţi asupra incidenţei atacurilor de astm care urmează situaţiilor emoţionale după declanșarea bolii. Acestea pot fi incriminate ca un factor declanșator la 62,5% dintre subiecţii din studiu (77% dintre femei și 55% dintre bărbaţi), un procentaj mult mai mare decât cele găsit la pacienţii din ambulatoriu (30% în tr-un studiu anterior), dar menţinând totuși o poyiţie intermediară comparativ cu rezultatele notate la pacienţii cu ulcere (48%) și la cei cu urticarie (*)%).

Putem cu siguranţă susţine că acest procent este mult mai mare decât incidenţa mediană a atacurilor de astm, în special pentru că cele mai severe cazuri au fost spitalizae, în general cazurile de astm intrinsec.

După acest studiu am evidenţiat o creștere semnificativă (86%) a declanșării psihogene a atacurilor de astm la pacienţii cortico-dependenţi (5). Este posibil ca pacienţii cu astm cu o evoluţie severă a bolii să aiba atacuri declanșate de un stres minim.

**4.** Din 75 de pacienţi cu astm la care atacurile au fost declanșate de factori emoţionali, 80% au menţionat stresuri psihologice importante în antecedentele lor imediate ale declanșari condiţiei lor. Acest lucru nu era de aștept, având în vedere procentul general de 51,4% din pacienţii cu astm și cu stress în antecedente, și o corelaţie clară între „receptivitatea la stress", înainte de debutul bolii, și receptivitatea adiţională datorată experienţei traumatice a atacurilor de astm.

**5.** Timpul de „latenţă„ între stres și debutul atacurilor la 62,5% din pacienţii la care atacurile de astm au fost declanșate de cauze psihogene este după cum urmează:

- La 40% atacurile au apărut în mai puţin de 5 minute
- La 12,5% atacurile au apărut între 5 și 30 de minute
- La 10% atacurile au apărut în noaptea imediat următoare (după perioade în care pacienţii nu avuseseră nici măcar un atac).

O direcţie interesantă de cercetare ar putea fi măsurarea valorilor umorale la acești pacienţi, pentru că ne-ar permite identificarea unor posibil corelaţii intre factorii emoţionali și alţi posibil factori etiologici. Aceste observaţii clinice din 1980 pot fi corelate cu datele experimentale obţinute de Forsythe et al. (2004) (11) (care a studiat pe un model murin efectele distresului pe termen scurt și pe termen lung asupra inflamaţiei bronșice), dar și cu date anterioare în ceea ce privește cele două tipuri de răspuns (răspuns imediat și întârziat) în timpul reacţiei de tip I implicată în declanșarea astmului bronșic.

## 3. Caracteristici ale terenului somatic și psihologic la pacienții cu declanșare psihogenă a astmului bronșic.

În concluzia studiilor noastre, și bazat pe datele epidemiologice și psihologice ale acestor pacienţi (Iamandescu, 1980, 1984, 1985)(4-6), este potrivit să facem următoarele observaţii:

**1.** Astmul bronșic declanșat psihogen nu este pur psihogen, dar include cazuri de astm bronșic care sunt în mod clar declanșate de stimuli psihologici (de obicei stimuli de stres) în contextul unei declan-

şări multiple, pe fondul unei hiperactivităţi bronşice induse de inflamaţia alergică sau de factori non-imunologici.

**2.** Mecanismul de intervenţie ale factorilor psihologici fie favorizează apariţia atacurilor de astm prin alţi declanşatori (prin sumarea acţiunii), fie induce atacuri de astm, „per se".

**3.** Nu numai stimulii de stress joacă un rol de declanşator, dar şi o serie de excitanţi condiţionaţi, numărul lor crescând durata bolii, astfel încât, chiar percepţia pacientului asupra propriului wheezing va deveni un stres capabil sa inducă atacuri de astm(12).

**4.** Pare logic sa deducem ca intensitatea hiperexcitabilităţii bronşice, exprimată prin scăderea pragului la acetilcolina (13), ar putea fi într-o relaţie directă cu posibilitatea unei declanşări psihogene a atacurilor de astm, în special pentru că, într-un stadiu final, impulsurile corticosubcorticale care apar în stresul psihologic rezultă în eliberarea de acetilcolină şi alţi mediatori (inclusiv hormoni de stres) la nivelul efectorului bronşic, sau la stimularea alfa-adrenergică.

**5.** Această posibilitate depinde de trăsăturile de personalitate care duc la o creşterea a vulnerabilităţii la stres. în încercarea de a contoriza trăsăturile vulnerabilităţii la stres, identificată de noi cel mai des la pacienţii cu astm bronşic, vom menţiona mai întâi datele rezultate din folosirea testului MMPI, mai uşor de convertit în limbaj comun medical. Am întâlnit cel mai des (practic la toţi pacienţii noştri) anxietatea, urmată de trăsături paranoide (tenacitate, perseverenţă, încăpăţânare şi suspiciozitate extremă), o introversie crescută, imaturitate emoţională, tendinţe obsesionale şi fobice, ca şi elemente de depresie (ultimele fiind corelate de noi cu efectul somato-psihic al bolii).

Trebuie să notăm faptul că, la pacienţii cu astm pe care i-am studiat cu ajutorul testului MMPI, toate scalele clinice au avut reprezentanţi la un nivel mai mare când s-au comparat cu subiecţii control (scalele cu cele mai înalte vârfuri au fost Pa, Hy, Hs, D, Pt şi Pd).

Datele obţinute în 1980, dar şi în anii următori, au fost recent confirmate de alţi autori. Astfel, debutul anxietăţii declanşează hiperventilaţie inconştient, şi este cu siguranţă implicată în experienţa traumatica psihologic a atacurilor de astm. în ceea ce priveşte gradul de anxietate , Dirks (14), folosind un „Inventar al simptomelor de astm" (Asthma Symptoms Checklist) a demonstrat în mai multe studii că „trăsăturile de panica, frică" sunt predictori pentru o serie de aspecte negative ale evoluţiei astmului bronşic, ca şi uzul excesiv de bronhodilatatoare, dificultăţile întreruperii tratamentului corticoid, şi probabilitatea mare de respitalizare în următoarele 6 luni.

Schimidt-Traub (15) a arătat că una dintre exacerbările tulburării de anxietate/panică, este produsă de cinci ori mai des la astmatic (10%) faţă de control (2%).

Janson et al. (16) au demonstrat că anxietatea şi depresia, evaluate cu HAD (Hospital Anxiety and Depression test) sunt semnificativ mai mari la pacienţii cu astm care experimentează atacuri de astm la trezire sau în timpul efortului. Totuşi, aceste trăsături nu sunt obligatorii pentru celelalte categorii de astmatici, în special dacă au avut o evoluţie mai puţin severă a bolii.

În ceea ce priveşte depresia, tulburarea afectivă este de natură reactivă, o reacţie la evoluţia cronică a bolii, sau la anticiparea unor noi şi neaşteptate atacuri. Sunt de asemenea cazuri (Iamandescu 1980, 1985, 1994)(4, 6, 17) atunci când depresia precede ( şi probabil contribuie) la debutul astmului. Ca o regulă, totuşi este frecvent întâlnită după debutul bolii, aşa cum am observat şi noi (scala D a MMPI), şi cum este raportată de Tiramaa (citat de Brush şi Mathe(18)) cu Inventarul de depresie Beck (Beck Depression Inventory).

Într-o statistică personală (5) pe 100 de pacienţi astmatici corticodependenţi la care am folosit testul MMPI, am găsit 88% depresivi. Mai mulţi autori (Struck et al, Miller )(19, 20) consideră depresia ca unul din factorii de risc letal la astmatici.

**6.** O serie de particularităţi pe care le-am evidenţiat, includ sexul feminin, durata bolii şi tendinţa la forme multi-intricate de astm, severitatea atacului (acest tip de declanşare psihologică a atacurilor de astm este predominant la pacienţii corticodependenţi) (Iamandescu, 1996) (5) şi alte disfuncţii endocrine (secreţia mai mare de hormoni estrogeni şi tiroidieni), ca şi declanşarea multifactorială a atacurilor (în special iritanţi respiratori nonspecifici, inclusiv factori fizico-chimici şi modificări meteorologice) (1985).

**7.** Sensibilitatea la aspirina poate fi de asemenea cauza unui teren astmatic foarte receptiv la stresul psihologic (Iamandescu, 1985).

**8.** Serghiescu et al (2006) (21) au observat la un grup de astmatic cu trigger psihogen, o rată scăzuta a răspunsului cortizolic la astres, comparativ cu pacienţii astmatici fără trigger psihogern.

**9. Trăsăturile clinice ale astmului bronşic cu trigger psihogen (evidenţiate şi de alţi autori) în afara celor menţionate mai sus (Iamandescu, 1998) sunt următoarele:**

- O relaţie evidentă între stimulii psihologici şi debutul atacurilor de astm, şi un teren psihologic inzestrat cu o vulnerabilitate la stres crescută (22).
- Reversibilitatea la agenţi bronhodilatatori în contrast cu resistenţa la terapie corticoida sistemică
- Răspuns variabil la psihoterapie şi medicamente psihotrope, sugerând - în cazul eşecului terapeutic – predominaţa inflamaţiei cronice determinată de alţi agenţi etiologici, diferiţi de stresul psihic.

## 4. Abordare terapeutică

Cunoştinţele referitoare la rolul stresului psihic în declanşarea şi evoluţia atacurilor de astm şi de asemenea în evoluţia bolii (incluzând elemente cum ar fi frecvenţa şi severitatea atacurilor şi simptomele care apar între atacuri) arată că stresul psihic are cu siguranţă şi un rol profilactic.

**a. Abordarea psihoterapeutică.**

Pacienţii cu astm care sunt informaţi de riscul reprezentat de rolul stresului psihic în boală pot - în unele cazuri – preveni implicarea în situaţiilor stresante sau să reducă intensitatea lor. În perioada dintre cele mai frecvente şi severe situaţii stresante, pacientul poate să-şi evalueze şi să modifice intensitatea panicii experimentate în timpul atacului de astm. Astfel, un antidot non-medicamentos poate fi reprezentat de metodele de relaxare psihoterapeutice. Psihoterapia suportivă simplă este la îndemâna fiecărui medic pentru a-şi trata pacienţii cu astm. Pe lângă cele două componente fundamentale: încurajarea şi relaxarea (descărcarea tensiunii psihice) a pacienţilor include o serie de măsuri cu rol de ghidare referitor la complinaţa terapeutică, schimbarea obiceiurilor dăunătoare pentru sănătate (fumatul, plimbarea în zone cu mulţi alergeni, folosirea de medicamente care produc înrăutăţirea astmului). Aceste măsuri sunt integrate în contextul mai larg al educaţiui pacientului cu astm. Este important să subliniem fap-

tul că un pacient bine informat este un om puternic (parafrazând proverbul privind valoarea informației). Realizările acestor campanii de informare împotriva astmului bronșic rezultă (Haachtela et al, 2001) (23) arată modificarea cazurilor de astm sever-persistent în astm moderat de la 40 la 20%, reducerea internărilor în spital cu 50%, și același procent rezultă în scăderea costurilor anuale.

**b. Tratamentul psihofarmacologic la pacienții cu astm.**

În ceea ce privește medicația psihotropă folosită la pacienții cu astm trebuie să sumarizăm câteva concluzii acumulate în timp, incluzând propria noastră experiență asupra pacienților cu astm. Următoarele atitudini terapeutice sunt tradiționale:

**1.** Administrarea de medicamente psihotrope și între atacuri și, cu grijă, în timpul atacului (cu mijloace de asistență respiratorie la îndemână), deoarece acestea sunt dominate ca și regulă de anxietate .

**2.** Folosirea de ușoară sedare pentru prevenirea efectelor adverse excitatorii psihologice induse de medicația bronhodilatatoare (xantine, simpatomimetice).

Tratamentul sindroamelor anxios depresive asociate cu astmul bronșic, induse în cursul bolii. Antidepresivele au valori terapeutice în astm (24). Antidepresivele pot să aibă rol terapeutic în astm prin suprimarea citokinelor proinflamatorii și prevenirea efectelor psihice. Acestea interferă de asemenea cu căile coliniergice și serotoninergice centrale și periferice. Majoritatea antidepresivelor de asemenea induc modificări adaptative în neutrotransmisia monoaminergică centrală, care modulează activitatea imună (25). Cel mai nou antidepresiv în clasa antidepresivelor tetraciclice, mirtazapina are un efect adițional antihistaminic iar efecte adverse respiratorii sunt rare. Antidepresivele care combină proprietăți antiinflamatorii și bronhodilatatorii cu efecte adverse minore, cum este tianeptina (26, 27), par să fie medicamente promițătoare în tratamentul depresiei din astm. Cercetări viitoare ale medicamentelor antidepresive, bazate pe aceste observații, pot rezulta în alte utilizări ale antidepresivelor. Ele pot de asemenea ajuta să înțelegem unele mecanisme patofiziologice comune astmului și depresiei.

***I.B. Iamandescu, A. Mihăilescu***

**Bibliografie**


1. Oehling A, Immunological aspects of the pathogenesis of bronchial asthma, Allergol. et Immunopathol., 10, 6: 417-22, (1982).
2. Mathov E, New classification of bronchial asthma, Alergol. et Immunopathol., (Pamplona Spain), 1981, 3, 241-245.
3. Klumbies G., Psychotherapie beim Athma Bronchiale – eine Einschatzung der Indikationen und Erfolgsaussichten. Allergie und Asthma, 1963, 9:126
4. Iamandescu IB, Corelatii psiho-somatice în astmul bronsic, -Teza de Doctorat, IMF Bucuresti 1980.
5. Iamandescu IB, Mecanisme psihoendocrine invocate în evolutia astmului bronsic cu trigger psihogen pe baza unor studii asupra astmaticilor corticodependenti. Cong. Nation. I. Psihoneuroendocrinologie Bucuresti, 27-28 sept. 1996.
6. Iamandescu IB Rolul factorilor psihoemotionali în etiopatogenia stmului bronsic. Viata Medicala 1985, 1, 34-39
7. Weiner, P. et al., Characteristics of asthma în the elderly. Eur. Respir. J., 1998, 12 (3): 564-568.
8. Rees L, Aetiological factors în asthma Hosp. Med., 1989, 9: 1101-1012,
9. Richter R, Dahme B, High risk asthmatics: Psychological aspects în B. Wuthrich (ed.) Highlights în Allergy and Clinical Immunology, Hogrefe and Huber Bern, 1992. 83. Scanlon R, Chang S, Brain norepinephrine: a possible role în bronchial asthma Ann. Allergy, 60, April: 333-336, 1988.
10. Predescu V, Nica Udangiu ST, Epidemiologia nevrozelor în populatia urbana, Neurologia, 1976, 21, 3, 169-178.
11. Forsythe P, Ebeling C, Gordon JR, Befus AD, Vliagoftis H. Opposing effects of short- and long-term stress on airway inflammation. Am J Respir Crit Care Med. 2004 Jan 15;169(2):220-6. Epub 2003 Nov 6.
12. Kinsman, R.A.et al., Opposing effects of short and long-term stress on airway inflammation. Am.J. Respir.Crit. Care Med., 36(2): 129-143.
13. Tiffeneau R Examen pulmonaire de l'asthmatique. Presse Medicale, 1960, 23, 864-875
14. Dirks, J.F., Jones, N.F., Kinsman, R.A., Panic-fear: a personality dimension related to intractability în asthma. Psychosom. Med., 1977, 39(2): 120-126.
15. Schmidt-Traub S, The psychoimmunological network of panic disorders, agoraphobia and allergic reactions. Thorax 1995, feb. 52 (2) 123-128.
16. Janson C et al., Anxiety and Depression în Relation to Respiratory Symptoms and Asthma, Amer. J. Respir. Crit. Care Med. 1994, 149, 903-934.
17. Iamandescu Ib, Coculescu M, Acute and chronic stress în etiopatogeny of allergic asthma-Allergy Clin. Immunol. News 1994, 2, Suppl. Abstracts, 537
18. Brush J., Mathe A. Cap. Psychiatric aspects pp. 1121-1131, în Bronchial Asthma-Mechanisms and Therapeutics, eds. Weiss E. and Stein M., third ed. Little-Brown, Boston (Toronto) London, 1993
19. Struck RC, Mrazek DA, Wolfson Fuhrmann GS, Lavrecque JF, Physiologic and psychological characteristics associated with deaths due to asthma în childhood. JAMA 1985; 254:1193-8.
20. Miller BD, Depression and asthma: a potential lethal mixture, J. Allergy Clin Immunol 1987; 80:481-6.
21. Serghiescu I, Gierens A, Hellhammer D, Steffke T., Sgarbura O, Iamandescu IB, Salivary cortisol level dynamics after an experimental psycho-social stress test în asthmatics, XXV Congress of the European Academy of Allergology, Vienna, 2006; abstract no. 1167, Poster session – Clinical and Occupational Asthma
22. Iamandescu IB, Stanculescu (Mihailescu) A et al: „Correlations between vulnerability to stress and quality of life în asthma patients", XXII-th Congress of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology, 7-10 June 2003, Abstract Book, Paris, 2003, p. 113
23. Haahtela T, Klaukka T, Koskea K, Erhola M, Laitinen LA; Working Group of the Asthma Programme în Finland 1994-2004. Asthma programme în Finland: a community problem needs community solutions. Thorax. 2001, 56:806-814
24. Valenca AM, et al . The relationship between the severity of asthma and comorbidities with anxiety and depressive disorders. Rev Bras Psiquiatr. 2006 Sep;28(3):206-8. Epub 2006 Aug 15.
25. Krommydas G, Gourgoulianis Ki, Karamitsos K , Krapis K , Molyvdas PA Therapeutic value of antidepressants în asthma. Med Hypotheses.2004 ;64:938-40
26. Lechin F, Van Der Dijs B, Orozco B, Jara H, Rada I, Lechin Me, Lechin AE. Neuropharmacologic treatment of bronchial asthma with the antidepressant tianeptine: a double-blind, crossover placebo-controlled study. Clin Pharmacol Ther. 1998 Aug;64(2):223-32.
27. Lechin F, Van Der Dijs B, Lechin AE. Tianeptine: a new exploratory therapy for asthma. Chest. 2004 Jan;125(1):348-9;

# Este posibilă configurarea unui **panel pediatric de alergeni** la nivel național?

**Alergiile alimentare afectează între 2,2% și 5,5% din copiii până într-un an de viață, 8% din copiii cu vârsta de la 1 an la 5 ani și aproximativ 3,5% din populația generală. La mulți copii, alergia alimentară coexistă cu alte manifestări atopice ca dermatita atopică, astmul sau rinita alergică.**

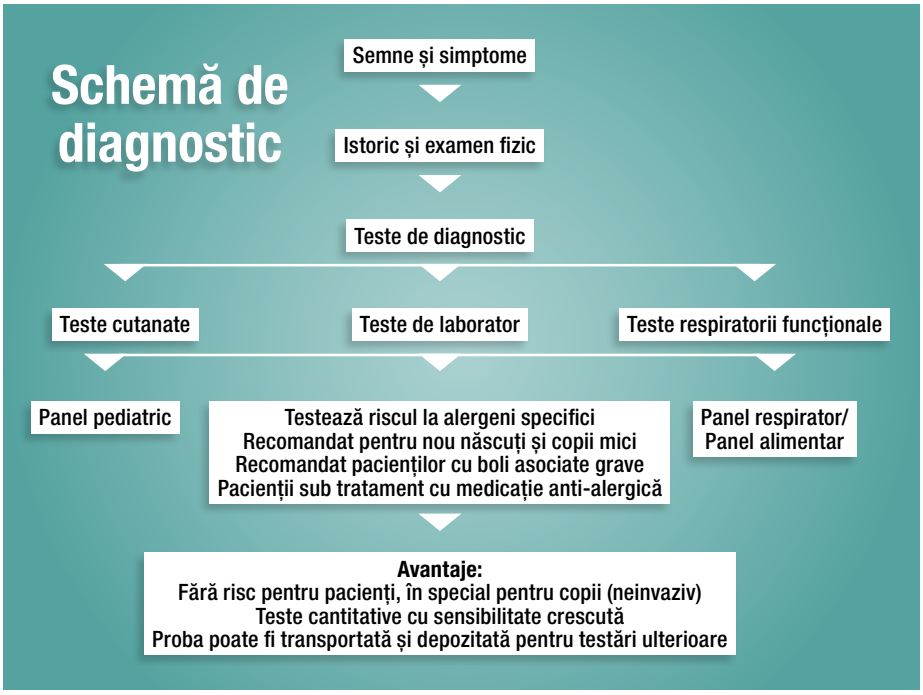
Ultimele decade au înregistrat o prevalență în continuă creștere pentru dermatita atopică[1]. În Europa de Vest 20% din copii dezvoltă dermatită atopică, dintre care 15% au afectare severă[2]. Prezența dermatitei atopice crește riscul de a dezvolta astm bronșic[3]. Afectează sever calitatea vieții, impactul fiind mai sever decât cel determinat de prezența psoriazisului și egal cu cel determinat de instalarea diabetului zaharat[4].

Pentru diagnosticarea unei alergii, clinicianul respectă un protocol în funcție de gravitatea și manifestările clinice. Majoritatea testărilor presupun contactul bolnavului cu alergenul incriminat. Testările cutanate pot duce la reacții alergice severe la scurt timp după efectuarea lor sau tardiv. De asemenea, există posibilitatea ca un pacient să nu aibă un răspuns așteptat în timpul testării lor, dar să dezvolte o reacție alergică ulterioară.

Avantajul folosirii testelor de laborator este faptul că nu implică niciun risc pentru pacient și astfel se evită reacții alergice severe. Testele de laborator sunt indicate în condițiile în care pacientul suferă de eczemă generalizată severă, psoriazis, este deja sub tratament care nu poate fi întrerupt cu antihistaminice sau se suspectează doar o alergie alimentară.

Pentru a veni în sprijinul diagnosticării alergiilor la copii și adulți, DIAMEDIX împreună cu compania R-Biopharm oferă PANELURI gata configurate sau configurații personalizate pentru utilizatori. Avantajul principal pentru specialist constă în posibilitatea alegerii panelului potrivit fiecărui pacient. Numărul mare de alergeni disponibili, peste 700, conferă un meniu extins, care acoperă din punct de vedere clinic o plajă largă de reacții alergice la care contribuie și flexibilitatea mare atât pentru compoziția alergenilor cât și pentru numărul de alergeni aleși pentru un pacient. Meniul de alergeni cuprinde alergeni respiratori, alimentari, insecte, agenți poluanți și ocupaționali, combinații de alergeni pentru evaluarea atopiei multiple, atopiei sezoniere sau perene, alimente pentru copii (cei mai frecvenți alergeni) și alergeni de casă. În meniu sunt incluse depistarea alergiilor la peste 60 de medicamente (antibiotice, analgezice, anestezice, expectorante și alte medicamente). Determinarea concentrației de IgE specific se realizează complet automat. Este posibilă de asemenea și determinarea IgE total, test folosit împreună cu IgE specific, pentru depistarea bolilor care pot fi asociate cu atopia (urticarie, edemul Quincke, exantemidiopatic), în scopul diagnosticării unor boli care au și manifestări alergice (Sindrom Churg-Strauss, boli autoimune silimfom).

Atitudinea terapeutică ulterioară este bazată pe tabloul clinic al pacientului, istoricul bolii, dar și pe analizele de laborator, de aceea ar fi util ca societățile științifice de profil împreună cu medicii specialiști pediatri și alergologi să creeze un panel pediatric de alergeni la nivel național, ceea ce ar ajuta la diagnosticarea rapidă.




**Bibliografie:**

**[1]** Hanifin JM. Epidemiology of Atopic Dermatitis. Immunol Allergy Clin NA 2002; 22: 1-24

**[2]** European Dermatology Forum. White Book - Dermatology in Europe. Editor Peter Fritsch. Innsbruck, 2000.

**[3]** Brinkman L, Raaijmakers JA et al. Bronchical ans skin reactivity in asthmatic patients with and without atopic dermatitis. Eur Respir J 1997; 10: 1033-40

**[4]** Su JC, Kemp AS et al. Atopic eczema: its impact on the family and financial cost. Arch Dis Child 1997; 76:159-62

***Dr. Monica Muraru***
*Biochimist Dan Hotnog*

## Diagnosticul precoce al alergiilor la copii

# R-Biopharm:

# "Puterea de a alege"
# "Configurează-ți panelul de alergeni"

### Diminuarea sau oprirea progresiei alergiei prin diagnosticare precoce

- Este esențială descoperirea sensibilității la un anumit alergen înainte de apariția simptomelor grave
- Prin instituirea măsurilor corecte sau a imunoterapiei se poate preveni recurența sau dezvoltarea unei alergii cronice

### De ce măsurarea IgE specific din ser?

- Detecția IgE specifică din ser este superioară detectiei IgE total datorită informațiilor clinice detaliate pe care le primește medicul
- Relevanța clinică a acestui test trebuie folosită numai în corelație cu istoricul medical al pacientului

**Istoric clinic**

**Simptome cutanate**
- Dermatită atopică

**Simptome gastrointestinale**
- Diaree , vomă

**Simptome respiratorii**
- Rinită

**Copii < 2 ani**
- Test IgE pentru alimente
- Lapte de vacă
- Albuş de ou
- Altele: alune, nuci, peşte, grâu

**Copii > 2 ani**
- Test IgE pentru alergeni respiratori
- Praf de casă
- Păr de pisică, câine
- Polen

**Panel standard**

| | |
|---|---|
| D1 | Dermatophagoides pteronyssinus |
| D2 | Dermatophagoides farinae |
| T3 | Polen de mesteacăn |
| GX1 | Polen de iarbă timpurie |
| E1 | Păr de pisică |
| E5 | Păr de câine |
| M6 | Alternaria alternata |
| F76 | Alfa-lactalbumină |
| F77 | Beta-lactalbumină |
| F78 | Cazeină |
| F400 | Ouă |
| E101 | Albumină bovină serică |
| F31 | Morcovi |
| F4 | Făină de grâu |
| F17 | Alune de pădure |
| F13 | Arahide |

**sau**
**Panel pediatric personalizat**

pentru o lista completă a alergenilor vizitați:
**www. rbiopharm.com** sau **www.diamedix.ro**

r-biopharm
www.r-biopharm.com

DYNEX
MAGELLAN BIOSCIENCES

DIAMEDIX Diagnostica
www.diamedix.ro

# Imunitatea-esențială în combaterea alergiilor

**Doppelherz® aktiv Imunoprotect** – Esențial pentru imunitate, protecția celulară și sprijinul schimburilor metabolice

**Uleiul de chimen negru** (nigella sativa) are o veche tradiție în Orient care se păstrează de mii de ani. Ea este bazată pe proprietățile farmaceutice, puse pe seama compoziției sale chimice, în care predomină acizii grași polinesaturați Omega-6, esențiali pentru alimentație (acid linoleic).

Potrivit însemnărilor din vechime, uleiul de Chimen negru este apreciat acolo pentru proprietățile sale încă din timpuri străvechi.

Acizii grași polinesaturați conținuți în uleiul de chimen negru sunt numiți acizi esențiali, întrucât permit schimbul normal de substanțe din organism și îi conferă acestuia starea de bine.

În cazul unei alimentații neechilibrate, cu un aport ridicat de grăsimi animale, se înregistrează în organism o cantitate mai mare de colesterol, ceea ce face ca raportul acizilor grași să nu fie întotdeauna optim.

Însă acizii grași polinesaturați sunt importanți pentru schimbul de substanțe și pentru starea de sănătate.

## Ulei de chimen negru din semințe de Nigella sativa:

Uleiul de chimen negru conținut în capsulele Doppelherz este obținut prin presarea semințelor de Chimen negru (Nigella sativa). Acest ulei prețios conține mai mult de 50% acizi grași polinesaturați.

Uleiul de chimen negru are acțiune în stimularea imunității dar și acțiune pozitivă în cadrul afecțiunilor respiratorii prin acțiunea bronhodilatatoare pe bronhiile mari și mici.

Pe lângă acestea, studii recente au certificat acțiunea antihistaminică a uleiului de chimen negru din cadrul alergiilor.

## Biotina

Aceasta intervine în metabolismul grăsimilor și joacă un rol important pentru sănătatea pielii.

## Vitamina E

Contribuie la protejarea celulelor de radicalii liberi, fiind sprijinită în acest sens de seleniu.

## Seleniul

Joacă un rol extrem de important în numeroase procese metabolice din organism. Seleniul - ca parte componentă a enzimelor, este de neînlocuit pentru activitatea acestora;

- este folosit în schimbul de substanțe la nivel celular;
- este esențial pentru protejarea celulelor;
- este important pentru sistemul imunitar.

Suplimentarea alimentației cu Doppelherz® aktiv Imunoprotect este recomandată în cazul unei alimentații neechilibrate, dar și a unui necesar mai ridicat de substanțe nutritive, situație determinată de:

- afecțiuni respiratorii repetate,
- tuse persistentă
- alergii repetate și astm bronșic
- poluarea mediului înconjurător peste limite normale;
- un mod de viață nesănătos (de ex., prin consum de tutun și alcool);
- stres.

Prin conținutul lor special: ulei de Chimen negru, Vitamina E, biotină și seleniu, capsulele Doppelherz® asigură nutrienții necesari pentru schimbul de substanțe la nivel celular, precum și pentru îmbunătățirea imunității, susținând organismul în cazul afecțiunilor respiratorii.

**O capsulă conține:**
600 mg ulei de Chimen negru, 10 mg vitamina E, 50 µg biotină, 10 µg seleniu.

**Administrare:**
Se administrează câte 3 capsule odată, în timpul mesei principale, cu o cantitate suficientă de lichid, fără a se mesteca.

# „Numărul 1

## în categoria produselor Omega-3 din piața de suplimente nutritive*"

Ochii și capacitatea vizuală

Funcția cerebrală

Aparatul cardiovascular

# Omega-3 extra 1000 mg

## Pentru funcția normală a inimii

* Conform studiilor din domeniul farmaceutic.

# Sistemele de aer condiționat și poluarea de interior

**Poluarea reprezintă un factor de risc pentru declanșarea simptomatologiei respiratorii atât la atopici cât și la non-atopici. Nu doar poluarea din mediul exterior este responsabilă de apariția exacerbărilor de astm broșic. În utlimii 20-30 de ani s-a modificat stilul de viață, ceea ce a condus la modificarea mediului ambiental din interiorul locuințelor sau la locul de muncă. Astfel mediul din interior, prin sistemele de aer condiționat moderne constituie în prezent o sursă de alergeni și substanțe toxice. Se recomandă utilizarea filtrelor HEPA în sistemele de ventilație sau a tehnologiei UV pentru a curăța aceste sisteme, ceea ce permite scăderea frecvenței de apariție și a severității simptomatologiei respiratorii.**

Rolul poluării mediului în declanşarea afecţiunilor respiratorii este menţionat încă din antichitate. Plinius cel Tânăr, într-o scrisoare către Tacitus, în 104 DC relatează cazul tatălui său, Plinius cel Bătrân, care a prezentat dificultăţi de respiraţie din cauza norilor groşi produşi în urma erupţiei vulcanului Vezuviu1.

Dezvoltarea industrială şi schimbarea stilului de viaţă a condus şi la o modificare a mediului ambiant, nu mai cel exterior, ci şi cel din interior. Mediul de interior, în special cel de acasă, constituie o importantă sursă de alergeni şi substanţe toxice, care pot conduce la exacerbări ale bolilor alergice, în special ale astmului bronşic. Locuinţele moderne sunt concepute astfel încât să asigure o izolare termică ridicată, uneori chiar în detrimentul calităţii aerului inspirat2. Pe măsură ce s-a modificat structura locuinţelor, s-au schimbat şi activităţile de interior. La ora actuală, majoritatea indivizilor, în special în ţările industrializate, petrec mai mult de 90% din timpul lor în mediul interior şi 50% din timp în locuinţele proprii. De asemenea, metodele de curăţenie a locuinţelor, prin utilizarea unor agenţi chimici şi a aspiratoarelor cu vacuum, adaugă noi factori de risc în mediul de interior.2

Pornind de la simple observaţii clinice, s-au realizat câteva studii care au încercat să demonstreze riscul la care sunt expuşi pacienţii atopici în propriile locuinţe sau la locul de muncă, în ciuda metodelor tehnologice moderne. Conferinţa Centrului de Cercetări al Comisiei Europene în 2003 a arătat că 20% din populaţia europeană suferă de astm bronşic ca urmare a inhalării unor substanţe care se găsesc în mediul ambiant de interior3. Eggleston şi colaboratorii au demonstrat, într-un studiu din 2000, că 60-80% dintre astmatici au cel puţin un test cutanat pozitiv la alergenii de interior4.

Alergenii de interior sunt reprezentaţi de acarienii din praful de casă, mucegaiuri, descuamaţiile epiteliale ale animalelor de companie. La acestea se adaugă o serie de factori declanşatori ai exacerbărilor, printre care fumul de ţigară deţine un rol important. Deseori sunt citate umiditatea şi temperatura ambientală ca factori importanţi care influenţează starea de sănătate a populaţiei. Se pare că ventilaţia

este un factor determinant al concentrației de alergeni în mediul ambiant. Câteva studii au relevat o asociere între agravarea stării la pacienții astmatici și ventilația redusă din mediul ambiant, care generează o dispersie minimă a poluanților de interior în casele bine izolate5. Ventilația este foarte importantă pentru controlul umidității aerului și al igrasiei. În prezent, normele din Franța, Suedia, Marea Britanie și Canada prevăd o ventilație a clădirilor rezidențiale care să asigure o rată minimă continuă de schimb a aerului de 0,5 ac/oră (aer schimbat într-o oră)2.

Sistemele de ventilare sunt diferite, în prezent existând mai multe studii care încearcă să stabilească oportunitatea utilizării unui sistem sau altul. Este bine cunoscută implicarea sistemelor de aer condiționat în patologia respiratorie, ca sursă potențială de aerosoli contaminați6. Recent, a fost descris un sindrom respirator sever acut indus de un nou coronavirus, vehiculat prin aceste sisteme7. De asemenea, sunt cunoscute cazurile de pneumonie indusă de Legionella8 sau aspergiloza pulmonară letală9, în apariția cărora au fost implicate sistemele de aer condiționat.

Ocupanții clădirilor care dispun de ventilație prin sisteme de aer condiționat raportează o creștere a simptomelor în interiorul acestor clădiri comparativ cu cei care locuiesc sau muncesc în clădiri care beneficiază de ventilație naturală, fapt demonstrat în mai multe studii10,11. Simptomele menționate au fost: dificultăți de respirație, uscăciunea mucoaselor cu fenomene iritative, iritație a pielii, cefalee, astenie marcată. Acest ansamblu de simptome nespecifice mai sunt cunoscute sub numele de „seak building syndrome". O explicație a apariției acestor simptome ar fi sistemele de ventilație de tip aer condiționat sau umidificatoarele care diseminează aerosoli contaminați în aerul din interiorul clădirilor. De asemenea, prezența igrasiei și a mucegaiurilor se corelează cu creșterea riscului de simptome respiratorii și exacerbări ale astmului bronșic12.

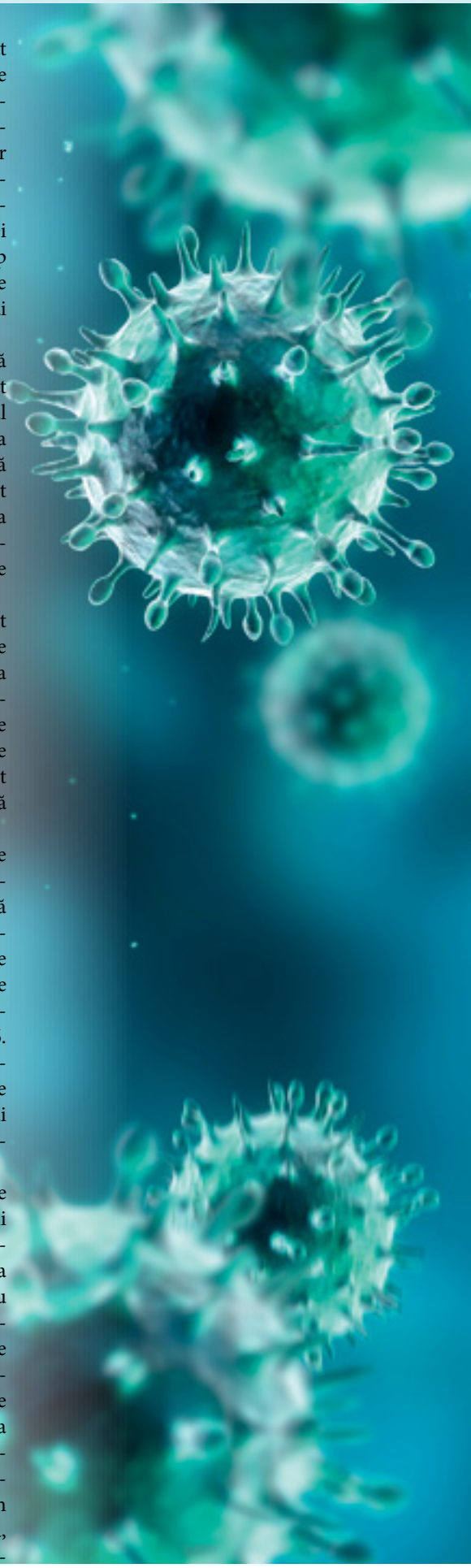
Suprafețele sistemelor de aer condiționat care rămân permanent umede constituie un execelent mediu de creștere pentru diferite microorganisme. Mediul umed, igrasios din aceste sisteme determină o augmentare a simptomelor: wheezing, dispnee, tuse, într-o manieră direct proporțională13. Într-un studiu recent, Menzies și colaboratorii au testat efectul razelor UV asupra acestor sisteme existente în clădirile rezidențiale. S-a constatat că în timpul radiațiilor UV sunt reduse simptomele respiratorii în special la nefumători și atopici14. De asemenea, s-a constatat o creștere a responsivității atopicilor și nefumătorilor la expunerea la microorganismele din sistemele de aer condiționat, cu posibilitatea apariției pneumonitei de hipersensibilizare. Afecțiunile de tip penumonită de sensibilizare generate de mediul ambiant au fost descrise în mai multe studii, dar sunt rare15.

Majoritatea studiilor susțin însă că aceste simptome pot determina disconfort pacienților și reducerea eficienței la locul de muncă, dar dispar odată ce pacientul a părărsit clădirea. Menzies însă sugerează că acești poluanți din sistemele de AC pot genera un răspuns mediat imunologic la un număr mare de locatari14, a cărui intensitate nu este întotdeauna tranzitorie sau minoră.

Preziosi și colaboratorii au realizat un prim studiu privind afectarea stării de sănătate și prezența sistemelor de AC la locul de muncă. Autorii au estimat o creștere simptomatologiei generate de aceste sisteme, ceea ce a determinat o creștere de 120% a prezentărilor la medicul ORL-ist și de 40% a absențelor la locul de muncă din cauza bolii16.

Aceste relații cauzale cu sistemele de AC indică un cost enorm atât pentru angajator, cât și pentru societate. Chiar dacă aceste observații sunt valide, nu se cunoaște cu exactitate mecanismul de producere a simptomelor. Simptomele minore, care dispar odată cu părăsirea clădirii, nu conduc la absenteism de la locul de muncă16. Dar pot apărea sensibilizări la diferiți alergeni, în special spori fungici vehiculați de sistemele de AC, exacerbări ale astmului bronșic, sinuzite cronice, infecții respiratorii sau pneumonite de sensibilizare13.

A fost menționat un caz de exacerbare a astmului bronșic ca urmare a expunerii la vapori de vopsea vehiculați prin sistemul de AC la locul de muncă. Este vorba de un pacient de 35 de ani, cunoscut cu astm bronșic alergic, sub tratament bronhodilatator și antiinflamator cronic, care prezintă o exacerbare a astmului și simptome de iritație conjunctivală la locul de muncă. Pacientul menționează apariția simptomelor la câteva ore după ce s-a început renovarea etajului de deasupra biroului său. Simptomele se remit în drum spre casă, dar reapar a doua zi la muncă, în condițiile aceleiași expuneri. Se menți-



onează că lucrătorii din echipa de renovare nu au prezentat simptome la expunerea la vopseaua care conţinea izocianaţi. Dar aceste substanţe au fost vehiculate prin sistemul de aer condiţionat, fiind resimţite în întreaga clădire. În afara acestui pacient, încă două persoane au prezentat cefalee şi simptome neurologice severe17.

Sistemele de aer condiţionat reprezintă o sursă nesperată de agenţi iritativi pentru tegumente. Au fost descrise mai multe cazuri de dermatită de contact la angajaţii secţiilor de terapie intensivă, dermatită cauzată de fibrele sintetice din structura filtrelor de aer condiţionat. În mod normal, leziunile iritative tegumentare generate de aerul condiţionat se datorează umidităţii scăzute din mediul ambiant. În secţiile de terapie intensivă o presiune crescută în sistemele de aer condiţionat previne intrarea microorganismelor, dar poate transforma fibrele sintetice din structura filtrelor în particlule aeropurtate. Pe fondul scăderii umidităţii, acestea pot genera leziuni iritative la nivelul tegumentelor18.

În modificările mediului ambiant al pacienţilor cu boli respiratorii alergice un loc important îl ocupă utilizarea filtrelor de aer pentru a reduce numărul particulelor aeropurtate. Mai multe studii au relevat importanţa filtrelor de tip HEPA în reducerea nivelului de alergeni în aerul inspirat. Aceste filtre reduc nivelul acarienilor, al sporilor de fungi şi al alergenilor de pisică în aerul din locuinţe19,20. Ca urmare a rezultatelor obţinute în mai multe studii, în 1992 Evans recomanda pacienţilor cu afecţiuni alergice respiratorii utilizarea filtrelor de tip HEPA în sistemele de ventilaţie din locuinţe şi birouri19.

Sistemele de aer condiţionat care utilizează aerul rece reprezintă un factor de risc pentru apariţia sau agravarea afecţiunilor alergice sau iritative respiratorii. Prin distribuirea largă a acestor sisteme, gradul de afectare a populaţiei este mare, cu costuri sociale ridicate. Sunt necesare însă mai multe studii care să analizeze sistematic efectul aerului condiţionat asupra stării de sănătate a populaţiei. Este mai uşor să prevenim decât să tratăm aceste afecţiuni, de aceea se recomandă utilizarea tehnologiei prin UV sau a filtrelor corespunzătoare pentru a minimaliza efectele nocive ale ventilaţiei prin aceste sisteme.

***Bocşan Ioana Corina,***
*Asistent univ. UMF Cluj Napoca, Medic Specialist Alergologie şi Imunologie Clinică*

**Referinţe**

1. Plinius the Younger. Letter to Tacitus. (letter VI.16) 105 AD. Rome, Italy.
2. Richardson G, Eick S, Jones R. How is the indoor environment related to asthma?: literature review. Journal of Advanced Nursing 2005;52(3):328-339.
3. Clausen G, de Oliveira Fernandes E, de Gids W, et al. Environment and quality of life. ECA report no. 23: Ventilation, good indoor air quality and rational use of energy. JRC 2003. http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/111111111/11066
4. Eggleston PA. Environmental causes of asthma in inner city children. The National Cooperative Inner City Asthma Study. Clin Rev Allergy Immunol. 2000;18(3):311-24.
5. Ashmore M. Human exposure to air pollutants. Clin Exp Allergy. 1995 Nov;25 Suppl 3:12-21.
6. Gerber A, Fischer A, Willig KH, Groneberg A. Air conditioning system as non-infectious health hazard inducing acute respiratory symptoms. Industrial Health 2006;44:302-303.
7. Groneberg DA, Zhang L, Welte T, Zabel P, Chung KF. Severe acute respiratory syndrome: global initiatives for disease diagnosis. QJM 2003;96:845-852.
8. Weber W. European holiday resorts at risk for Legionella. Lancet 2000;356:1177.
9. Pittet D, Huguenin T, Dharan S, et al. Unusual cause of lethal pulmonary aspergillosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit care Med 1996;154:541-544.
10. Mendell MJ. Non-specific symptoms on office workers: A review and summary of the epidemiology literature. Indoor Air 1993;3:227-236.
11. Seppanen O, Fick WJ. Association of ventilation system type with SBS symptoms in office workers. Indoor Air 2002;12:98-112.
12. Mendell MJ. Commentary: Air conditioning as a risk for increased use of health services. International Journal of Epidemiology 2004;33:1123-1126.
13. Mendell MJ, Naco GN, Wilcox TG, Sieber WK. Environmental risk factors and work-related lower respiratory symptoms in 80 office buildings: an exploratory analysis of NIOSH data. Am J Indust Med 2004;43:630-641.
14. Menzies D, Popa J, Hanley JA, Rand T, Milton DK. Effect of ultraviolet germicidal light installed in office ventilation systems on workers'health and wellbeing: double-blind multiple crossover trail. Lancet 2003;362:1785-1791.
15. Thörn A, Lewne M, Belin L. Allergic alveolitis in a school environment. Scand J Work Environ Health 1996;22:311-314.
16. Preziosi P, Czernichow S, Gehanno P. Hercberg S. Air conditioning at work place and health services attendance in French middle-aged women: a prospective cohort study. Int J Epidemiol 2004;33:1120-1123.
17. Patuwael JA, Wintzen M, Rustemeyer T, Bruynzeel DP. Airborne irritant contact dermatitis due to the synthetic fibres from an air-conditioning filter. Contact Dermatitis 2005;52:126-129.
18. Custovic A, Simpson A, Pahdi H, et al. Distribution aerodynamic characteristics, and removal of the major cat allergen Fel d 1 in British homes. Thorax 1998;53:33-38.
19. McDonald E, Cook D, Newman T, et al. Effect of air filtration systems on asthma: a systematic review of randomized trials. Chest 2002;122(5):1535-1542.
20. Evans R. Environmental control and immunotherapy for allergic disease. J Allergy Clin Immunol 1992;90:462-468.

STAR international med

natural@star-ayurveda.ro
www.star-ayurveda.ro

ayurmed

# MARGUSA

*Purificator natural al organismului*

- Contribuie la detoxifierea eficientă a organismului;
- Contribuie la menținerea stării de sănătate a pielii;
- Ajută la eliminarea radicalilor liberi din organism prin acțiunea sa antioxidantă;
- Contribuie la tonifierea și energizarea organismului;
- Contribuie la stimularea sistemului imunitar.

# NON DOLOR

*O viață fără dureri*

Ajută la:

- eliminarea eficientă a durerii, inflamației și vindecării fără cicatrici;
- îndepărtarea aspectului inestetic al leziunilor de țesut;
- prevenirea eventualelor infecții tegumentare;
- benefic în artrite, artroze și reumatism.

**Nici o casă fără NON DOLOR!**

**Suplimente alimentare 100% naturale din plante medicinale ayurvedice**

# Cum ne structurăm **consultul medical,** în special **pentru pacienții cronici- alergici,** în funcție de tipul lor de personalitate?

***Dr. Celina Stafie***
*Șef de lucrări UMF Iași, Disciplina de Medicină Comunitară, Medic specialist Alergologie și Imunologie Clinică, Medic Primar Medicină Internă*

Anumite tipuri de pacienţi, cei cronici, alergicii, necesită o abordare diferită, centrată pe afecţiune, dar mai ales pe tipul lor de personalitate. De ce? Întrucât ei sunt pacienţi cronici, cu afecţiuni de lungă durată, de anduranță, care epuizează la un moment dat atât resursele pacientului, dacă nu este motivat extern și automotivat, dar și resursele medicului- la această categorie intervenind epuizarea profesională.

„Bolile cronice necesită o abordare specifică, ele constituind cea mai mare parte a eșecurilor terapeutice.." ( Anne Lacroix, Jean Philippe Assal).

Educaţia terapeutică a bolilor cronice vine în întâmpinarea acestei epuizări bilaterale, încercând să creeze un pact, o punte de susţinere reciprocă medic – pacient, printr-o abordare bio- psiho- comportamentală, care va ţine cont de tipul de personalitate al fiecăruia.(1,4)

Se desfășoară în prezent, cu începere din 2007, un program de educaţie terapeutică a pacienţilor cronici.Programul a fost inaugurat oficial în 2009, cu ocazia primei Conferinţe Naţionale de Educaţie Terapeutică a Pacienţilor Cronici , conferinţă ce a beneficiat de bursă ANCS, cât și de particparea și susţinerea internaţiinală a reprezentaului OMS pe probleme de boli cronice nontransmisibile, prof.dr.Godfrey Xuereb, devenind astfel un program transparent în EU și Conferedaţia Elveţiană.Începând din 2013 educaţia terapeutică a bolilor cronice,- inclusiv a pacienţilor alergici are reprezentare în cadrul primei reviste de management al calităţii publicate în România, Journal of HealtCare Quality Management.

## I. Scopul programului de formare:

- Pregatirea unor specialisti în domeniul educatiei terapeutice a pacientilor cu boli cronice, cu scopul de a scadea morbiditatea în cazul bolilor cronice;
- Restructurarea consultului medical prin abordarea comportamentala a pacientului, introducand terminologia și metodologia pentru consultul motivational.

## II. Obiective generale ale programului de formare:

- Adaptarea comportamentului profesional la specificitatea bolilor cronice;
- Acompanierea pacientului

atat în gestionarea tratamentului, cat și a modului de viata, pe termen lung;
- Evaluarea dificultatilor și a progresului pacientului;
- Planificarea și evaluarea unui program de educatie destinat pacientilor;
- Organizarea activitatii unui serviciu integrat ingrijirilor medicale și educatiei terapeutice.

## Ce este personalitatea?

Personalitatea cuiva este constituita din ansamblul de caracteristici care permit descrierea acestei persoane, identificarea ei printre celelalte.

Personalitatea este un sistem functional format din elemente interdependente.

Desi o persoana se transforma, se dezvolta, ea isi pastreaza identitatea sa psihica. Fiinta umana are constiinta existentei sale, sentimentul continuitatii și identitatii personale, în ciuda transformarilor pe care le sufera de-a lungul intregii sale vieti.

Personalitatea – „o caracteristica relativ stabila a modului de a fi al unei persoane în ceea ce priveste felul de a reactiona la situatiile în care ea se gaseteŢ. (M.Reuchlin).

Exista cel putin patru tipuri „mari" de personalităţi: promovant, facilitant, controlant și analizant.

În funcţie de axa puterii se stabilesc urmatoarele tipuri: doua tipuri dominante- promovanţii și controlanţii, și două tipuri acceptante,- analizanţii și facilitanţiiș în funcţie de axa emoţiei, există două tipuri de personalităţi rezervate,- analizanţii și controlanţii, și două expansive,- promovanţii și facilitanţii.(2)

Promovanţii sunt personalitaţi puternice, dominante. Expansive, care asteaptă recunoaştere din partea celorlalţi.

Facilitantii au o nevoie de a fi admisi de anturaj, ce o depaseste pe a celorlalte trei tipuri de persoanalitati..doresc recunoasterea în cercul de prieteni sau de colegi, sunt buni organizatori, fiind preocupati mai mult de ceilalti, decat de propria persoana.

Controlanţii au nevoie de rezultate, evidente,- de realizare ! Sunt persoane dominante, de obicei rezervate, orientaţi spre lucruri și rezulatte,cărora le plac provocările.

Analizanţii au nevoie de securitate.Sunt persoane rezervate, acceptante, care inate de a lua o decizie doresc sa cunoasca toate detaliile.Ei se vor raporta intotdeauna la trecut pentru a se afirma mai bine.(2)

În funcţie de tipul de personalitate al pacientului, dar și al medicului, putem anticipa că vor exista o paletă de posibile reacţii pe parcursul consultului medical. Sigur, acesta presupune un anumit standard de abord medical, o constanţă, poate chiar o anumită stereotipie...dar, în lumina celor perzentate anterior, anticipăm o diversitate de posibile reacţii, întâlniri posibile între medic și pacient.

Cel care e necesar să își adapteze, să își muleze reacţiile este medicul, întrucăt trebuie să ţină cont de context- Carl Rogers spunea: „orice relaţie medic – pacient nu poate exista decât în cadrul unei relaţii de ajutor" .(3)

Altfel spus,- medicul gândește că își poate schimba pacientul, rareori se gândește că și el poate fi schimbat la rândul lui de către pacient... Este exact ceea ce se intâmplă în orice altă relaţie- se face un schimb, interacţionăm, ne schimbăm reciproc.

Pe lângă personalitate, în desfășurarea oricărei relaţii de tip terapeutic contează alte două aspecte : viteza de luarea a deciziei, stabilitatea emoţională, dar și gradul de motivaţie al pacientului respectiv.

## Ce este motivația ?

Dwight Eisenhower spunea că Motivarea este arta de a face oamenii sa faca ceea ce vrei tu, pentru ca ei doresc sa o faca."

De ce sunt oamenii motivaţi să facă ceva? Dorinta intrinseca de a obtine ceva, comparatia sociala, presiunea sociala, aspiratiile personale, probabilitatea de a avea succes, obisnuinta, sau cresterea stimei de sine .

Există o motivaţie internă, care ţine de curiozitate, de dorinţa de a ști cât mai multe lucruri sau de a explora un număr cât mai mare de situaţii de viaţă, și motivaţia externă.

Motivaţia externă poate fi dată de una din următoarele reacţii ale individului: tendinţa de afiliere , ambiţia, teama de consecinţe sau respectarea tendinţelor normative. (1,3)

Aceste aprecieri, ale tipului de personalitate, ale tipului de luarea deciziilor sau ale tipului de motivaţie pe care le deţine pacientul, sunt făcute în cabinet, de către medic, în mod arbitar. De aceea, nu pare inutil să ne reamintim ceea ce spunea Jacques Salomé, celebru și actual psiholog clinician:

„Ascultarea adevărată este cea care permite în mod real celui ce vorbește să asculte ce spune, astfel încât el să devină conștient de legăturile pe care le face"... Să permitem deci pacientului să povestească, cu vorbele lui despre exeperienţa pe care a acumulat-o în relaţi ecu boala sa. Pentru că, revenind la Salomé," Cuvintele știu despre noi ceea ce noi nu știm încă despre ele„. (5)

**Bibliografie**:

1.Assal JP, Lacroix Anne - Therapeutic Education of Chronic Patients, Maloine, Paris,2001

2.Golay A. – Le Perso Regime- Dieta Personalizata,Editura ALL, Bucuresti, 2007

3.Hadji Charles – L'estime de soi, l'affirmation de soi, la Gestion du stress.

4.Assal, J.- Ph, Traitement des maladies de longue duree, Encycl. Med. Chir., Elsevier, Paris, 1996;

5.Stafie, Celina, Manual de educatie terapeutica, Ed.,Gr. T. Popa", U.M.F., Iasi, 2009;

Nastas, Dorin, Dinamica grupurilor. Manual de lecturi, Ed. Erota, Iasi, 2008;

# Testarea cutanată alergologică la polenuri în rinoconjunctivita alergică

***Conferenţiar universitar***
***Dr. Florin-Dan Popescu,***
*Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa" București, Clinica de Alergologie*
*Tel: 0726502558;*
*0372067800 interior 3114*

Rinita alergică este o afecțiune inflamatoare a mucoasei nazale, mediată immunologic și indusă după expunerea la alergene printr-o reacție de hipersensibilitate mediată-IgE la nivel nazal, caracterizată clinic prin strănut, prurit nazal (mâncărime de nas), rinoree (nas care curge) și obstrucție nazală (nas înfundat). Rinita alergică este un factor de risc pentru astm, iar conjunctivita alergică, manifestată prin lăcrimare, prurit conjunctival (mâncarime de ochi), eritem/hiperemie conjunctivală (ochi roșu) sau edem conjunctival/chemosis (pleoape umflate), este frecvent asociată cu rinita alergică cu sensibilizare la polen (polinoză).

Alergiile la polenuri reprezintă o problemă globală de sănătate, rinoconjunctivita alergică având o prevalenţă semnificativă şi prezentând impact important asupra calităţii vieţii pacienţilor, asupra productivităţii muncii şi nu în ultimul rând asupra costurilor. Se estimează că la nivel mondial 400-500 de milioane de oameni suferă de rinită alergică, iar în Europa prevalenţa este de aproximativ 20%, cu variaţii de la o ţară la alta. În România, prevalenţa simptomelor de rinoconjunctivită alergică este la tineri de aproximativ 15% (Asher et al, 2006; Bousquet et al, 2008; Brozek et al, 2010; Hellgren et al, 2010; Yorgancıoğlu et al, 2012; Pawankar et al, 2012).

**Rolul medicului alergolog este esenţial în managementul rinoconjunctivitei alergice (Pawankar et al, 2011), acesta fiind medicul specialist abilitat pentru:**

- efectuarea şi interpretarea anamnezei alergologice complexe,
- efectuarea testelor alergologice in vivo, testele cutanate, şi in vitro, testele pentru determinarea IgE specifice din sânge (cu evitarea riscurilor neevaluate corect pentru pacient sau a interpretărilor eronate de către medici nespecialişti),
- investigarea reactivităţilor încrucişate dintre alergenele din polen şi unele alimente, precum şi a inflamaţiei alergice la nivel rinoconjunctival,
- stabilirea strategiilor pentru reducerea expunerii la alergene de origine vegetală, a imunoterapiei alergen-specifice şi / sau a terapiei farmacologice optime.

Grăuncioarele de polen ale florilor plantelor anemofile (polenizate prin vânt) sunt surse importante de aeroalergene aeropurtate, expunerea la polen fiind influenţată de tipul de plante, răspândire lor sălbatică sau de cultură, zona geografică, altitudine, curenţi de aer, temperatura, precipitaţii şi alte evenimente meteorologice (D'Amato et al, 2007; Bousquet et al, 2008; Bernstein, 2008; Takhtajan, 2009).

Sezoanele de polenizare din România durează de la începutul primăverii (polen arbori timpurii), primăvara târziu - începutul verii (polen graminee), până la sfârşitul verii - toamna târziu (polen buruieni). Extractele din polenuri de arbori/arbuşti, graminee şi buruieni se utilizează la noi în ţară pentru testarea alergologică prick (Popescu et al, 2006).

Conform noilor recomandări ale Global Allergy and Asthma European Network (Bousquet et al, 2012; Heinzerling et al, 2013), testarea cutanată alergologică prick pentru investigarea alergiilor la polen se realizează pentru pacienţii europeni cu:

- extracte polen de arbori/arbuşti, extracte individuale sau amestec:
- polen mesteacăn (Betula sp) sau polen Betulaceae mix (amestec),
- polen frasin (Fraxinus excelsior) sau Oleaceae sp sau mix (familia măslinului),
- polen platan Platanus vulgaris,
- polen ienupăr sau Cupressaceae (familia chiparosului),
- extracte polen de graminee (familia Poaceae):
- extracte individuale polen graminee, ex. timoftică Phleum pratense, sau
- extracte amestec de polen graminee (polen de graminee mix, incluzând
- timoftică (Phleum pretense), golomăţ (Dactylis glomerata),
- iarbă gazon zâzanie (Lolium perenne), firuţă-de-livezi (Poa pratensis) etc,
- extracte polen de buruieni, extracte individuale:
- polen iarba pârloagelor (Ambrosia artemissifolia var. elatior) şi
- polen pelinariţă (Artemisia vulgaris) din familia Asteraceae (familia florii-soarelui),
- polen paracherniţă (Parietaria sp) din familia Urticaceae (familia urzicii).

Testarea poate fi extinsă pentru regiunile semi-aride şi cu extracte de polen ale altor buruieni, cum ar fi Chenopodiaceae, şi Plantago sp (Sekerel şi Sahiner, 2012).

Nu în ultimul rând, trebuie subliniat faptul că schimbările de climă şi vreme au impact particular asupra aeroalergenelor din polenuri (Popescu et al, 2007), fiind implicaţi factori meteorologici (temperatura, viteza vântului, umiditate, ploaie, furtuni), împreună cu regimuri climatologice (anomalii calde sau reci, perioadele uscate sau umede) (D'Amato şi Cecchi, 2008). Activităţile umane cu creşterea concentraţiilor atmosferice ale gazelor cu efect de seră, cum ar fi dioxidul de carbon, şi temperaturile mai ridicate pot influenţa concentraţia şi distribuţia alergenelor din polenuri (Beggs, 2004, Cecchi et al, 2010).

România este o ţară din sud-estul Europei cu o biodiversitate importantă a plantelor anemofile, de aceea testarea cutanată alergologică prick, procedură esenţială pentru confirmarea alergiei mediate IgE, trebuie realizată după proceduri standardizate de specialitate pentru un management optim al pacienţilor cu simptome de polinoză.

**Bibliografie**


1. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, et al; ISAAC Phase Three Study Group. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. Lancet. 2006; 368(9537): 733-43.
2. Beggs PJ. Impacts of climate change on aeroallergens: past and future. Clin Exp Allergy. 2004; 34(10): 1507-1513.
3. Bernstein IL, Li JT, Bernstein DI, et al; American Academy of Allergy, Asthma and Immunology; American College of Allergy, Asthma and Immunology. Allergy diagnostic testing: an updated practice parameter. Ann Allergy Asthma Immunol. 2008; 100(3 Suppl 3): S1-148.
4. Bousquet J, Heinzerling L, Bachert C, et al; Global Allergy and Asthma European Network; Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma. Practical guide to skin prick tests in allergy to aeroallergens. Allergy. 2012; 67(1): 18-24.
5. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al; World Health Organization; GA2LEN; AllerGen. AR and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen). Allergy. 2008; 63 Suppl 86: 8-160.
6. Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, et al; Global Allergy and Asthma European Network; Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group. AR and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. J Allergy Clin Immunol. 2010; 126(3): 466-476.
7. Cecchi L, D'Amato G, Ayres JG, Galan C, Forastiere F, Forsberg B, Gerritsen J, Nunes C, Behrendt H, Akdis C, Dahl R, Annesi-Maesano I. Projections of the effects of climate change on allergic asthma: the contribution of aerobiology. Allergy. 2010; 65(9): 1073-1081.
8. D'Amato G, Cecchi L, Bonini S, Nunes C, Annesi-Maesano I, Behrendt H, Liccardi G, Popov T, van Cauwenberge P. Allergenic pollen and pollen allergy in Europe. Allergy. 2007; 62(9): 976-990.
9. D'Amato G, Cecchi L. Effects of climate change on environmental factors in respiratory allergic diseases. Clin Exp Allergy. 2008; 38(8): 1264-1274.
10. Heinzerling L, Mari A, Bergmann KC, et al. The skin prick test - European standards. Clin Transl Allergy. 2013; 3(1):3.
11. Hellgren J, Cervin A, Nordling S, Bergman A, Cardell LO. Allergic rhinitis (AR) and the common cold-high cost to society. Allergy. 2010; 65(6): 776-783.
12. Pawankar R, Bunnag C, Khaltaev N, Bousquet J. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma in Asia Pacific and the ARIA Update 2008. World Allergy Organ J. 2012; 5(Suppl 3): S212-217.
13. Pawankar R, Canonica GW, Holgate ST, Lockey RF eds. World Allergy Organization (WAO) White Book on Allergy. Printed in the United Kingdom, 2011, pp. 1-153.
14. Popescu FD, Dincă EM. Testarea cutanată în alergiile respiratorii. In: Pneumologie, Dincă EM ed, Editura Sitech, 2006; 89-98.
15. Popescu FD, Secureanu FA, Tudose AM, Tănăsescu RA. Modificările climei şi alergia la polen. Journal of the Romanian Society of Allergy and Clinical Immunology. 2007; 3: 112-115.
16. Popescu FD, Tudose AM. Ambrosia pollen sensitization in allergic patients from the central part of the Romanian Plain. Romanian Journal of Rhinology. 2011; 1(1): 26-30.
17. Sekerel BE, Sahiner UM. Practical guide to skin prick tests in allergy to aeroallergens: some concerns. Allergy. 2012; 67: 442-443.
18. Takhtajan A. Flowering Plants. Second Edition. Springer, 2009; 1-750.
19. Yorgancıoğlu A, Özdemir C, Kalaycı Ö, et al; WHO Collaborating Center on Asthma and Rhinitis. ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) achievements in 10 years and future needs. Tuberk Toraks. 2012; 60(1): 92-97.

# Rinita ocupațională și sindromul clădirii bolnave

***Cornelia Ursu,*** *Conf. Univ. Dr. Universitatea Apollonia din Iași*
***Liliana Vereș,*** *Șef lucrări Dr. Universitatea de Medicină și Farmacie Gr. T. Popa Iași*

**Rinitele ocupaționale, în ciuda disconfortului pe care îl creează, sunt încă subdiagnosticate. Până în prezent nu au ocupat un loc prioritar în studiile de specialitate privind incidența sau prevalența lor comparativ cu alte afecțiuni cu potențial evolutiv mai sever.**

Efectul asupra sănătății umane a timpului petrecut într-o clădire nu este pe deplin clarificat deși sunt recunoscute de către OMS o serie de suferințe grupate fie în sindromul clădirii bolnave, fie în cadrul bolilor legate de clădiri. Indicatorii de performanță utilizați astăzi nu sunt nici pe departe suficienți pentru o evaluare corectă și de cele mai multe ori apar mari discrepanțe între standardele curente și necesitățile reclamate. Nu o dată a fost demonstrată existența unei legături complexe între condițiile oferite de clădirile din zilele noastre și starea de sănătate a celor ce locuiesc sau lucrează aici.

Calitatea aerului din mediul interior al diferitelor clădiri a câștigat importanță ca problemă de sănătate publică la nivel mondial, având în vedere faptul că societatea urbană petrece din ce în ce mai mult timp în interior.

Relația cauzală între expunerea la locul de muncă și dezvoltarea unei simptomatologii sugestive aduce în atenție importanța măsurilor de control al mediului, adresate atât clădirii cât și individului ce desfășoară o activitate în spațiul respectiv.

Metodele preventive de menținere durabilă a calității vieții în acest mediu se adresează obligatoriu factorului uman prin screening-ul solicitanților pentru locul de muncă unde există o posibilă condiție de sensibilizare, o atentă evaluare medicală pentru excluderea pacienților atopici, utilizarea echipamentelor de protecție. Strategiile de ameliorare a condițiilor oferite de clădiri vizează o serie de măsuri atât pentru mediul interior al acestora, cât și pentru construcția în sine prin folosirea unor metode de igienizare, etanșeizare sau de îmbunătățire a ventilației.

## Sinteza datelor

Între bolile ocupaționale respiratorii rinitele ocupaționale nu ocupă un loc de frunte (comparativ cu astmul, afecțiune cu potențial evolutiv mult mai sever) și, mai mult decât atât, rămân încă subdiagnosticate. Deoarece principalele simptome-strănut, rinoree, congestie sau prurit nazal sunt similare altor tipuri de inflamații ale mucoasei nazale, non-ocupaționale, au fost întâmpinate dificultăți în definirea acestui tip de rinită[1,4]. Unele definiții deja publicate pun accentul pe legătura temporală între această simptomatologie și plasarea individului în mediul specific locului de muncă [2,3,5] în timp ce altele fac trimitere la fenomenele inflamatorii secundare acestei expuneri [6,7]. Este însă unanim recunoscut faptul că locul de muncă poate induce sau declanșa o simptomatologie sugestivă pentru o rinită având la bază mecanisme imunologice sau non-imunologice [8,9]. De aceea, în conformitate cu nomenclatorul EAACI [10] este propusă următoarea definiție: rinita ocupațională este o afecțiune nazală inflamatorie caracterizată prin simptome intermitente sau persistente, reprezentate de congestia nazală, rinoree, strănut și prurit nazal, însoțite sau nu de obstrucție nazală variabilă și/sau hipersecreție și care este datorată unor cauze și condiții atribuite unui mediu particular de muncă și nu unor stimuli ce se regăsesc în afara acelui spațiu. Se pune astfel accentul pe relația cauzală între expunerea la locul de muncă și instalarea acestei afecțiuni.

**Mecanismele de producere a rinitei ocupaționale pot fi iritative sau imune ceea ce a permis o clasificare a acestor rinite[11,12] în: anodine, iritative, corozive și imunologice (în general prin mecanism mediat Ig E).**

Apar ca entități izolate sau asociate astmului bronșic. Spre deosebite de rinitele alergice, rinitele ocupaționale nu par a constitui un factor de risc pentru dezvoltarea astmului ocupațional. Există studii conform cărora hiperreactivitatea bronșică nespecifică poate fi asociată riscului de apariție subsecventă a unei simptomatologii nazale ocupaționale [13].

În ciuda frecvenței cu care sunt semnalate, rinitele ocupaționale nu au beneficiat de investigații susținute privind incidența și prevalența lor. Datele valabile în prezent indică o prevalență de 2-4 ori mai mare a rinitelor ocupaționale față de astmul ocupațional, fiind însă mult influențate de criteriile folosite pentru definirea acestor afecțiuni [14,15].

Tratamentul acestui tip de rinite presupune în primul rând aplicarea unor măsuri de prevenţie [16,17], un screening aplicat solicitanţilor pentru angajare într-un loc de muncă unde există o posibilă condiţie de sensibilizare. La aceasta se adaugă o serie de măsuri de control al mediului şi farmacoterapia care este similară altor forme de rinită [18,28].

**Strategiile de ameliorare a condiţiilor oferite de clădiri vizează o serie de măsuri adresate mediului interior al acestora[21] dar şi construcţiei în sine [27,29,30,31] şi pot fi grupate astfel:**

**A.** Măsuri de igienizare - curăţarea cu meticulozitate a întregii clădiri, mai ales a zonelor cu praf, mucegaiuri sau microorganisme, aerisirea cât mai completă a tuturor spaţiilor, instalarea unui sistem de aerisire central sau utilizarea unor aspiratoare portabile cu filtre standardizate, înlocuirea agenţilor chimici de curăţire cu alte substanţe la fel de eficiente dar lipsite de miros şi în general netoxice;

**B.** Măsuri adresate construcţiei propriu-zise – verificarea periodică a acoperişului şi asigurarea etanşeizării acestuia, reparaţii periodice vizând crăpăturile de la nivelul pereţilor, refacerea sistemelor de izolare în cazul apariţiei infiltraţiilor;

**C.** Măsuri generale – renunţarea la mochete, prevenirea apariţiei condensului sau mucegaiului prin manşonarea conductelor reci, instalarea de umidificare cu asigurarea unui drenaj corespunzător care să evite proliferarea mucegaiurilor, resetarea termostatelor în funcţie de necesităţi, realizarea unui mod corect de depozitare cu ferestre cu tiraj a diferitelor materiale.

Expresia „sindromul clădirii bolnave" este utilizată pentru a descrie situaţiile în care ocupanţii unei clădiri acuză stări de disconfort, care survin numai câtă vreme aceştia se află în interiorul respectivei clădiri [19]. Cauzele exacte care duc la instalarea acestui sindrom nu sunt cunoscute încă, dar se presupune că ar fi vorba, în special, despre calitatea precară a aerului din interiorul acestor clădiri, calitate determinată de o combinaţie complexă de factori [32]. În lipsa ventilaţiei naturale, orice defecţiune a sistemelor de climatizare face ca în aer să se acumuleze diferite substanţe dăunătoare: de la substante chimice (compuşi organici volatili) din mochete, adezivi, vopsea etc, până la spori de mucegai, care se dezvoltă foarte repede în orice colţ umed şi insuficient aerisit. Alte explicaţii propuse se leagă de calitatea proastă a iluminatului (în special lipsa luminii naturale) şi existenţa unor „agresori acustici" de genul infrasunetelor.

Potrivit unor studii ale Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, efectuate încă din anii '80, o treime din clădirile noi sau proaspăt renovate prezintă o calitate extrem de scăzută a aerului din interior. De aici derivă două categorii de tulburări ale stării de sănătate: „sindromul clădirii bolnave" („sick building syndrome") şi „bolile legate de clădiri" („building related illness"). Cu toate acestea sindromul clădirii bolnave s-ar părea că are o determinare multifactorială, o serie de mecanisme incomplet cunoscute şi o încrengătură de factori: fizici, psihologici, legaţi de vârsta, sexul ori statutul social al subiecţilor respectivi[20,33].

Simptomatologia din „sindromul clădirii bolnave" este polimorfă: dureri cu diferite sedii (cap, ochi, gât, nas), tuse seacă, tegumente uscate, prurit tegumentar, greaţă, senzaţie de ameţeală, dificultăţi de concentrare, senzaţie de oboseală, sensibilitate la diferite mirosuri[33,34]. Majoritatea persoanelor care acuză aceste simptome susţin că stările de disconfort dispar din momentul în care părăsesc clădirea. Cele mai afectate de aceste simptome par să fie femeile, care au o sensibilitate mai mare la substanţele chimice. Persoanele cu astm şi fumătorii sunt, de asemenea, victime ale acestui sindrom.

**Faţă de toţi aceşti factori de stres organismul uman răspunde prin intermediul a trei sisteme ale sale: sistemul nervos, cel imun şi sistemul endocrin, structuri responsabile de instalarea unei simptomatologii polimorfe:**

- oboseală, lipsă de concentrare, anxietate, depresie, ţinute sub control de sistemul neuro-endocrin, dar care pot fi influenţate de status-ul imunologic al individului;
- erupţii cutanate, astm, surditate, afecţiuni oculare, boli infecţioase, neoplazii aflate sub controlul sistemelor imun şi endocrin, toate sub coordonarea sistemului nervos.

**În literatura de specialitate[35] indicatorii pentru sănătate şi confort au fost grupaţi în trei categorii:**

- cei legaţi de starea de sănătate a individului plasat în acest mediu (şi care fac obiectul cercetărilor şi studiilor din domeniul medical): numărul şi tipul simptomelor, boli legate de clădiri cum ar fi astmul, alergiile etc;
- indicatori ce caracterizează mediul în care este plasat individul (care se regăsesc în ghiduri şi standardizări legislative): concentraţia anumitor poluanţi, nivelul CO2, ritmul ventilaţiei, temperatura, calitatea iluminării etc;
- indicatori vizând clădirea propriu-zisă (care reţin atenţia în mod deosebit în zilele noastre): posibilitatea apariţiei umezelii excesive, a mucegaiului etc.

Indicatorii de performanţă utilizaţi astăzi nu sunt nici pe departe suficienţi pentru o evaluare corectă şi de cele mai multe ori apar mari discrepanţe între standardele curente şi necesităţile reclamate. Nu o dată a fost demonstrată existenţa unei legături complexe între condiţiile oferite de clădirile din zilele noastre şi starea de sănătate a celor ce locuiesc sau lucrează aici.

Calitatea aerului din interiorul clădirilor (Indoor air quality, IAQ)- locuinţe, birouri etc. a câştigat importanţă ca problemă de sănătate publică la nivel mondial având în vedere faptul că societatea urbană petrece din ce în ce mai mult timp în încăperi[21]. Problemele analizate din această perspectivă abordează o arie geografică extinsă în diferite zone climatice şi rămâne o prioritate în sfera preocupărilor clinicienilor. Factorii implicaţi în calitatea aerului de interior (temperatură, umiditate, mod de aerisire, poluanţi organici sau anorganici de interior, curenţi de aer, factori psihosociali sau legaţi de munca propriu-zisă) se află într-o complexă interdependenţă. Schimbările în condiţiile de muncă în mediul interior creat în birouri, cabinete, laboratoare etc. în ultimii ani se acompaniază de o dinamică susţinută a factorului uman. Această mişcare alertă duce în mod inevitabil la o creştere a expunerii la diferitele condiţii oferite de acest mediu. Un exemplu bine –cunoscut îl reprezintă aerul condiţionat, folosit pe scară largă atât în locuinţe, birouri cât şi în mijloacele de transport. Pe lângă beneficiile legate de confortul pe care îl asigură, aerul condiţionat poate afecta sănătatea umană deoarece modifică profund mediul în care individul este plasat[22].

Rinita indusă de aerul condiţionat la pacienţii alergici deşi recunoscută epidemiologic[22, 23] are un mecanism fiziopatologic controversat şi în prezent. O cercetare recentă şi-a propus un studiu asupra efectului schimbărilor bruşte de temperatură

în condiţiile utilizării aerului condiţionat asupra mucoasei nazale. Studiul s-a realizat comparativ la pacienţi alergici şi non-alergici[24]. Cele două loturi de pacienţi au fost plasate alternativ în două camere prevăzute cu aer condiţionat dar aflate la o diferenţă de temperatură de 12ºC, în trei reprize de expunere a câte 30 minute fiecare. S-a realizat un scor al simptomatologiei nazale şi s-au recoltat probe din secreţia nazală înainte, imediat după, la 24 şi 48 ore de la expunere. Rezultatele au arătat în lotul pacienţilor cu rinită alergică un scor al simptomelor mult mai mare, dar şi un procent mai ridicat de eozinofile şi alte celule inflamatorii aparţinând cascadei alergice faţă de lotul martor. Concluzia care s-a impus a fost aceea conform căreia schimbările bruşte de temperatură determină un răspuns inflamator cu implicarea eozinofilelor mai pronunţat la pacienţii cu rinită alergică. Implicaţiile clinice ale acestui studiu sunt legate de faptul că alergia nazală (în forma ei persistentă) se constituie într-un factor de risc pentru declanşarea simptomatologiei acute induse de schimbările bruşte de temperatură chiar şi în absenţa expunerii la un alergen.

## Cercetări personale

În literatura de specialitate se descrie aşa-numitul sindrom disfuncţional reactiv al căilor aeriene superioare RUDS (reactive upper airways dysfunction syndrome) sau RADS (reactive airways dysfunction syndrome) instalat printr-un mecanism non-alergic[25, 26].

Observaţiile personale ne-au orientat spre ideea conform căreia mediul cu aer condiţionat poate declanşa o simptomatologie nazală în grade diferite în funcţie de mai mulţi parametri, ca fază preliminară în dezvoltarea unei rinite ocupaţionale. În acest sens am demarat un studiu prospectiv aflat în momentul de faţă în prima etapă: selecţionarea loturilor de studiu pe baza unui chestionar original **(Chestionar sindrom inflamator al căilor respiratorii superioare)** pe care îl aplicăm fiecărui subiect ce participă la acest proiect.

Concluziile la care vom ajunge prin prelucrarea datelor statistice obţinute ne vor dirija spre etapa a doua, de formulare a diagnosticului pe baza informaţiilor oferite de examenul clinic şi explorările paraclinice axate pe modificările de la nivel rino-sinusal. În final vom putea oferi soluţii alternative privind durata şi ritmul în care subiectul posesor al unor factori de risc poate fi plasat în mediul cu aer condiţionat cu riscuri minime pentru sănătate.

## Concluzii

1. Simptomele rino-sinusale din cadrul sindromului clădirii bolnave pot fi un semnal de alarmă pentru apariţia rinitei ocupaţionale.
2. Menţinerea durabilă a calităţii vieţii din mediul ocupaţional rămâne o prioritate a politicilor europene şi obligă specialiştii din diverse domenii la continuarea cercetărilor în vederea implementării unor măsuri cât mai eficiente.

# Chestionar sindrom inflamator CRS

### I. Date generale:

**- vârsta (ani)**
- 21-30
- 31-40
- 41-50

**- sexul**
- feminin
- masculuin

**- profesiunea (mediu cu alergene respiratorii)**

**- domiciliul**
- urban
- rural

**- greutate**

**- înălţime**

**- fumător**
- da – nr. ţigări/zi
- nu

### II. Antecedente personale sugestive

**- aţi fost diagnosticat cu o formă de alergie?**
- nu
- da – ce formă?

**- faceţi frecvente infecţii respiratorii?**
- Nu
- Da/ ce tip de infecţie?

**- aţi suferit o intervenţie chirurgicală în sfera ORL?**
- Nu
- Da- ce tip de intervenţie?

### III. Simptomatologie căi respiratorii superioare

**- aţi remarcat apariţia unuia din simptomele:**
- obstrucţie nazală
- rinoree (scurgere nazală)
- strănut
- senzaţie de urechi înfundate
- usturimi în gât
- lăcrimare
- cefalee (durere de cap difuză)
- astenie (senzaţie de oboseală)
- răguşeală

**- modul de apariţie a fost:**
- insidios
- relativ brusc
- la aprox. …. minute de la începutul programului

**- evoluţia spontană (fără tratament) a fost:**
- spre agravare
- spre atenuare

**- ce tratament aţi urmat?**
- Topice locale (spray nazal, picături etc)
- Medicaţie orală (analgezice, antihistaminice etc)
- Nici un tratament

**- evoluţia sub tratament a fost:**
- cu ameliorare evidentă
- staţionară
- neinfluenţată- a necesitat întreruperea activităţii

**Bibliografie**


1. Castano R, Theriault G, Gautrin D: The definition of rhinitis and occupational rhinitis needs to be revisited. Acta Otolaryngol 2006, 126:1118-9.
2. Dykewicz MS, Fineman S, Skoner DP, Nicklas R, Lee R, Blessing-Moore J, et al.: Diagnosis and management of rhinitis: complete guidelines of the Joint Task Force on Practice Parameters in Allergy, Asthma and Immunology. American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology. Ann Allergy Asthma Immunol 1998, 81:478-518.
3. European Commission: Information notices on diagnosis of occupational diseases. Luxembourg 1997.
4. Slavin RG: Occupational rhinitis. Ann Allergy Asthma Immunol 2003, 90:2-6.
5. Hellgren J, Karlsson G, Toren K: The dilemma of occupational rhinitis: management options. Am J Respir Med 2003, 2:333-41.
6. Storaas T, Steinsvag SK, Florvaag E, Irgens A, Aasen TB: Occupational rhinitis: diagnostic criteria, relation to lower airway symptoms and IgE sensitization in bakery workers. Acta Otolaryngol 2005, 125:1211-7.
7. Nathan RA, Eccles R, Howarth PH, Steinsvag SK, Togias A: Objective monitoring of nasal patency and nasal physiology in rhinitis. J Allergy Clin Immunol 2005, 115:S442-59.
8. Howarth PH, Persson CG, Meltzer EO, Jacobson MR, Durham SR, Silkoff PE: Objective monitoring of nasal airway inflammation in rhinitis. J Allergy Clin Immunol 2005, 115:S414-41.
9. Shusterman D: Review of the upper airway, including olfaction, as mediator of symptoms. Environ Health Perspect 2002, 110(Suppl 4):649-53.
10. Johansson SG, Hourihane JO, Bousquet J, Bruijnzeel-Koomen C, Dreborg S, Haahtela T, et al.: A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force. Allergy 2001, 56:813-24.
11. Castano R, Theriault G: Defining and classifying occupational rhinitis. J Laryngol Otol 2006, 120:812-7.
12. Castano R, Theriault G, Gautrin D: Categorizing nasal septal perforations of occupational origin as cases of corrosive rhinitis. Am J Ind Med 2007, 50:150-3.
13. de Meer G, Postma DS, Heederik D: Bronchial responsiveness to adenosine-5'-monophosphate and methacholine as predictors for nasal symptoms due to newly introduced allergens. A follow-up study among laboratory animal workers and bakery apprentices. Clin Exp Allergy 2003, 33:789-94.
14. Leynaert B, Neukirch F, Demoly P, Bousquet J: Epidemiologic evidence for asthma and rhinitis comorbidity. J Allergy Clin Immunol 2000, 106:S201-5.
15. Siracusa A, Desrosiers M, Marabini A: Epidemiology of occupational rhinitis: prevalence, aetiology and determinants. Clin Exp Allergy 2000, 30:1519-34.
16. Schweigert MK, Mackenzie DP, Sarlo K: Occupational asthma and allergy associated with the use of enzymes in the detergent industry – a review of the epidemiology, toxicology and methods of prevention. Clin Exp Allergy 2000, 30:1511-8.
17. Sarlo K: Control of occupational asthma and allergy in the detergent industry. Ann Allergy Asthma Immunol 2003, 90:32-4.
18. Hugues EG: Medical surveillance of platinum refinery workers. J Soc Occup Med 1980, 30:27-30.
19. Tsai YJ, Gershwin ME: The sick building syndrome: what is it when it is? Compr Ther. 2002 Summer;28(2):140-4.
20. Burge PS: Sick building syndrome. Occup Environ Med. 2004 eb;61(2):185-90.
21. Bluyssen PM: The Indoor Environment Handbook: How to make buildings healthy and comfortable.London, UK: Earthscan, TSBN 9781844077878, 2009.
22. Mendell MJ, Smith AH: Consistent pattern of elevated symptoms in air-conditioned office buildings: a reanalysis of epidemiologic studies. Am J Public Health 1990, 80: 1193-9.
23. Mendell MJ, Fisk WJ, Deddens JA, Seavey WG, Smith AH, Smith DF, et al: Elevated symptom prevalence associated with ventilation type in office buildings. Epidemiology 1996, 7: 583-9.
24. Graudenz GS, Landgraf RG, Jancar S, Tribess A, et al: The role of allergic rhinitis in nasal responses to sudden temperature changes, J Alergy Clin Immunol, 2006, 118: 1126-32.
25. Brooks SM, Weiss MA, Bernstein IL: Reactive airways dysfunction syndrome (RADS). Persistent asthma syndrome after high level irritant exposures. Chest 1985, 88:376-84.
26. Meggs WJ: RADS and RUDS – the toxic induction of asthma and rhinitis. J Toxicol Clin Toxicol 1994, 32:487-501.
27. Carmen Cătălina Ioan, Cornelia Ursu: Real needs and preventive strategies for maintaining sustainable quality of life in environments with air conditioning- Environmental Engineering and Management Journal, April 2012, Vol.11, No. 4, 879-884.
28. Violeta Perlea, S Perlea: Inflamaţia alergică rino-sinusală în Rinologie, sub redacţia C Sarafoleanu, Ed. Medicală, Buc, 2003, 295-372.
29. Bluyssen Ph: Towards new methods and ways to create healthy and comfortable buildings, Building and Environment 45, 2010, 808-818.
30. EU Council directive 89/391/EEC of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work. Brussels, Belgium: European Commission; 1989.
31. ISO. ISO/TS 21931- 1: Sustainability in building construction – framework for methods of assessment of environmental performance of construction works – Part 1: Buildings. Revision of ISO/TS 21931 – 1: 2006. Geneva, Switzerland: International Organization for Standardization; 2008.
32. Norback D: An update on sick building syndrome. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2009 Feb;9(1):55-9.
33. Assoulin-Daya Y, Leong A, Shoenfeld Y, et al: Studies of sick building syndrome. IV. Mycotoxicosis. J Asthma. 2002 May;39(3):191-201.
34. Fisk WJ, Lei-Gomez Q, Mendell MJ: Meta-analysis of the associations of respiratory health effects with dampness and mold in homes. Indoor Air 2007; 17(4): 284-94.
35. Bluyssen PM, Cox C: Indoor Environment quality and upgrading of European office buildings. Energy and Buildings 2002, 34: 155-62.

# Programul de educație terapeutică și introducerea sa în criteriile de evaluare a calității actului medical din România

**„Educația terapeutică a pacientului ar trebui să permită acestuia să dobândească și să-și conserve capacități și competențe care să-i ajute să-și trăiască într-o manieră optimă viața, alături de boala cronică. În consecință vorbim despre un proces permanent, integrat îngrijirilor medicale și centrat pe pacient. Educația terapeutică implică activități organizate de sensibilizare, informare, învățare și suportul psihologic al pacienților privind boala, tratamentul prescris, îngrijirile medicale, cadrul spitalicesc, informațiile organizaționale, dar și comportamentele în boală sau stare de sănătate. Ea vizează să ajute pacienții și familiile acestora să își înțeleagă boala și tratamentele, să coopereze cu cadrele medicale, să trăiască mai sănătos și să-și mențină sau amelioreze calitatea vieții. Altfel spus, Educația terapeutică isi propune sa transforme pacientul dintr-un participant pasiv la actul terapeutic intr-unul activ." Educația terapeutică a pacientului presupune formarea medicilor și a asistenților medicali în educație terapeutică. Acestui proiect – inițiat de OMS – îi este dedicat programul de masterat intitulat „Educația terapeutică a pacienților cronici – cum intenționăm cu proiectul un program de formare continuă".**

Motivaţia temei propuse pleacă de la motivaţia de a deveni medic, ne arată modelul medicinii acute şi diferenţa faţă de ceea ce înseamnă modelul medicinii cronice. Diferenţele sunt semnificative vis-a-vis de abordarea medicului şi devine evident ca într-o boala cronică vor fi ambii parteneri (medic şi pacient) epuizaţi dacă nu sunt pregătiţi, formaţi medical, pentru ceea ce urmează: pacientul pentru o boală de 10-20– 30 de ani, iar medicul pentru o susţinere constantă şi pentru atitudinea de aşteptare optimistă, diferită de cea de admiraţie cu care este recompensat în situaţiile medicale de urgenţă.

Educația terapeutică a pacienților presupune formarea medicilor și a asistenților medicali în Educația terapeutică.

Educaţia terapeutică a pacienţilor cu boli cronice cuprinde şi prezintă abordarea bio-psiho-comportamentală a bolilor cronice, iniţiată de O.M.S. în 1990, atât din punctul de vedere al pacienţilor, cât şi al medicilor siliţi să se adapteze cronicităţii. Ea reprezintă abordarea relaţiei medic – pacient din punctul de vedere al pacientului, aşa cum ar dori acesta.[4,5,6]

M. Balint afirma, în lucrarea Medicul, bolnavul şi boala sa, că „în nici un manual nu există nici cea mai mică indicaţie asupra dozei pe care fiecare medic trebuie să o prescrie, nici forma de administrare, frecvenţa, doza curativă sau doza de întreţinere".

Dorinţa de a repara, de a vindeca trupul sau sufletul bolnavilor face parte din motivele conştiente ce intervin în alegerea profesiei medicale. Alte preocupări, mai intime, survin ulterior.

După P.B. Schneider, una dintre trăsăturile comune regăsite la studenţii în medicină, mai mult decât la alte categorii de studenţi, ar fi curiozitatea asupra corpului uman şi funcţiile acestuia, asupra vieţii biologice şi a misterelor morţii. Dacă ţinem cont de durata studiilor universitare şi postuniversitare, putem anticipa că viitorul medic este în căutarea a ceva important, cu alte cuvinte el aşteaptă anumite satisfacţii care să-i justifice efortul depus. Nu poate fi vorba de recompensă materială, întrucat există căi mult mai uşoare pentru a accede la aceasta. Satisfacţia la care se referă P.B. Schneider se referă mai degrabă la a stăpâni sau a controla pe celalalt (pacientul), asupra căruia va exercita o anumită putere, aceea a ştiinţei şi tehnologiei.[1,2]

Programul de studii medicale, cu puţine exceptii, urmează peste tot în lume o programă identică. Primele abordari clinice se derulează cel mai frecvent în mediul spitalicesc, un loc adaptat investigaţiilor diagnostice şi aplicării de proceduri sau tratamente specifice. Aceeaşi activitate, dar în situaţii de responsabilitate, va desfăşura medicul; va lucra în acelasi sistem diagnostic – tratament rapid, în care sectorul clinic îl reprezintă urgenţa medicală sau terapia intensivă. Acest model este precis, definit prin proceduri bine stabilite, algoritmi demonstraţi, permiţând intervenţii tehnice în situaţii acute sau subacute. Eficacitatea şi puterea de-

monstrate în situaţiile de urgenţă vor contura progresiv o identitate profesională centrată pe intervenţia directă şi pe controlul rapid al situaţiei. Criteriile de calitate ale medicului se bazează pe rapiditatea diagnosticului şi pe aceea de a iniţia un tratament adoptat, permiţând astfel scurtarea la maximum a duratei de spitalizare.

Dar bolile spitalizate ce beneficiază de acest succes nu reprezinta decat 10% din afecţiunile ce necesită o astfel de abordare terapeutică. Restul de 90% sunt din pacate eşecuri, datorate eşecului medical, lipsei de implicare, indiferenţei pacientului cu boală cronică.

Exact acestor 90% dintre boli li se adresează programul **Educaţia terapeutică – o abordare multidisciplinară biopsiho-socială a bolii şi pacientului,** o abordare ce confera pacientului identitate în boală.

Bolile cronice reprezintă cea mai mare parte a eşecurilor terapeutice. Acest lucru se întâmplă deoarece boala cronică este cel mai frecvent nevindecabilă, este silenţioasă în afara crizelor, frecvent există o slabă legatură între acuzele pacientului şi gradul afectării sale, evoluţia este nesigură şi va influenţa şi modul de viaţă al pacientului.

Preluarea afecţiunilor de lungă durată aparţine atât medicului cât şi pacientului, în timp ce o boală acută „revine" doar medicului. „Gestionarea" unei boli cronice constituie o constrângere cotidiană pentru pacienţi, fără să adăugăm şi riscurile agravării sau complicaţiilor pe termen lung. Există la ora actuală în lume, în cadrul multor câmpuri profesionale, numeroşi factori nocivi - noxe profesionale, stres, ce determină şi întreţin „epidemia" bolilor cronice. Cei mai mulţi oameni au una sau chiar mai multe boli cronice, atunci când ies la pensie (hipertensiune, boli renale, diabet). **Dacă nu vom acţiona pentru a orienta limitele sistemului de sănătate către prevenţia şi self-managementul bolii cronice de către pacient, vom asista în viitorul apropiat la o prăbuşire a serviciilor medicale, în termen de calitate şi costuri.**

Educaţia terapeutică „intră în consultaţie" cu scopul de a conduce consultaţia astfel încât pacientul să dobândească competenţe asupra bolii şi a stării lui de sănătate. Ea îşi propune să adapteze noţiunilor teoretice - stiinţifice contextului social, ceea ce presupune comunicare, adaptarea cunoştinţelor despre boală ale medicului la contextul pacientului. Aceste informaţii comportă un anumit număr de explicaţii ce sunt dezvoltări destinate să înţelegem „de ce" şi cum s-a ajuns la o anumită situaţie de boală. Dar, ca să fie adaptate fiecărui pacient, nu pot fi corecte decât dacă sunt ajustate în urma interviului. Dacă sunt complexe, detaliate, precise, nu reprezintă decât discursul unui medic, formulări standard, fără valoare.

S-au comparat 4 situaţii: medicii care vorbesc studenţilor, apoi colegilor/postuniversitari, la radio şi în terapia de grup (cu pacienţii). De remarcat a fost faptul că grupurile cu studenţi şi colegi sunt diametral opuse grupurilor cu public neinstruit medical; au fost analizate peste 800 explicaţii date de medici şi… discursul a fost acelaşi, în mod esenţial era enumerată deducţia logică. Dar aceste forme nu sunt familiare tuturor indivizilor!

Acest mod de abordare, informativ, standardizat, „rece" nu ajută pacienţii, pentru că el nu ţine cont de modul lor de înţelegere, de cunoştinţe, convingeri sau reprezentările trăite prin propria lor experienţă asupra bolii. Monologul în faţa unui pacient e o abordare riscantă. În ce registru vorbim cu pacientul dacă nu ne preocupă ceea ce ştie, ce crede, de ce se îndoieşte şi ce speră de la boală, de la noi, medicii?

Atitudinea medicului în faţa greşelilor pacientului, cunoştinţele precare despre boală, factori de risc, medicamente este de a taxa imediat. Boala cronică este durabilă şi de multe ori nevindecabilă – fiind percepută ca un eşec al medicului.[1,7]

Numeroase studii arată faptul prin care calitatea îngrijirilor în bolile cronice

depind direct de capacitatea pacienţilor de a-şi gira, de a-şi stăpâni boala în mod cotidian. Pentru a atinge acest obiectiv terapeutic este fundamental ca medicii şi asistenţii medicali să fie formaţi în educaţie terapeutică. Pacienţii recunosc, confirmă acest fapt: medicii pregătiţi în acest fel reuşesc atât ei să amelioreze calitatea vieţii în perioada crizelor acute, dar se sesizează şi un mai bun control pe termen lung al bolii, întrucât bolnavul format se va adresa medicului pentru consult mai devreme decât un pacient neavizat.

**Graţie unui comitet de experţi, OMS-ul a definit recomandările din domeniul Educaţiei terapeutice a bolnavilor, care sunt caracterizate prin patru axe:**

- **Educaţia terapeutică** a pacientului ar trebui să permită acestuia să dobândească şi să îşi conserve capacităţi şi competenţe care să-i ajute să-şi trăiască optim viaţa în raport cu boala sa.
- **Educaţia terapeutică** este centrata pe pacient: educaţia implică activităţi organizate de sensibilizare, informare, învăţare a acestora, de sugestie şi suport psihologic cu privire la boală şi la tratamentul prescris, îngrijirea medicală şi cadrul spitalicesc, informaţiile organizatorice şi ale comportamentelor faţă de sănătate şi faţă de starea de boală.
- **Educaţia terapeutică** vizează ajutorul ce poate fi acordat pacienţilor şi familiilor acestora pentru a înţelege boala, tratamentul, pentru a coopera cu medicul, a trăi mai sănătos sau a-şi ameliora calitatea vieţii.
- Educaţia terapeutică a pacientului este un proces de învăţare sistematică centrată pe pacient. Ea include în mod specific:
- procesul de adaptare al pacientului cu boala sa (coping)
- credinţele şi reprezentările pacientului privind boala sa şi tratamentul
- nevoile subiective şi obiective ale pacienţilor şi familiilor acestora, fie că sunt sau nu exprimate.[1,2,3,7,8,9,10]

Formarea terapeutică a pacienţilor, după Guy Avanzini, înseamnă mai degrabă să exersăm (noi ca medici) un ansamblu coerent de acţiuni care să confere pacienţilor noştri o competenţă precisă şi predeterminată. Este vorba de posibilitatea pe care o putem oferi pacienţilor – aceea de a dobândi competenţe terapeutice pe care să le utilizeze în propriul său ajutor. Termenul de „formare" – indică „un proces" – în sensul că se va derula un ansamblu de fenomene active şi organizate în timp. Fiind vorba de pacienţi cronici, noţiunea de timp este un element major. Durata bolii implică urmărirea pacientului, nu doar din punct de vedere medical, dar şi psihopedagogic, ţinând cont de evoluţia sa globală. Charles Hadji observa că: „formarea pacientului implică o muncă asupra lui însuşi. Formarea nu se referă doar la intenţii, dispozitive (instrmente, tehnici) sau învăţarea unor manevre. Nu trebuie neglijată munca pe care subiectul o are de dus cu sine însuşi!"

Medicii au conştiinţa faptului că trebuie să transmită pacientului noţiuni de autoformare, necesitatea constituind-o dobândirea de competenţe pedagogice pentru medic şi de competenţe terapeutice pentru pacient.

Între ştiinţele umane, ştiinţele pedagogice de educaţie oferă astăzi resurse bogate, alimentate pe cercetări bazate pe analizele practicii dar şi teoretizărilor din ce în ce mai fiabile.

Un interes major este acordat tehnicilor de învăţare.

Punerea în evidenţă a mecanismelor de acumulare de cunoştinţe şi competenţe a permis orientarea metodelor pedagogice către cel care învaţă şi a adus o atenţie deosebită condiţiilor de învăţare.

Termenul „formator" nu se suprapune peste cel de profesor, rolul acestuia va fi cel al unui mediator, facilitator al accesului la cunoştinţe. Pedagogia se concepe din ce în ce mai mult ca o tranzacţie între ştiinţa unuia şi înţelegerea acestor cunoştinţe de către celălalt.(8,10)

Ideea de bază este deci, cea a unui schimb, funcţia aceasta fiind baza unei relaţii deschse, relaţie ce este necesar să existe între un medic şi pacient.

**Un exemplu tipic:** formarea pacienţilor diabetici, de către o echipă centrată pe pacient.

În ţara noastră, la Iaşi, s-au desfăşurat două sesiuni de formare a medicilor în Educaţia terapeutică. Primul modul, denumit: „Cum interacţionăm cu pacientul?" îl vom detalia în cadrul acestei lucrări.

## I. Scopul programului de formare :

- Pregatirea unor specialisti în domeniul Educaţiei terapeutice a pacienţilor cu boli cronice, cu scopul de a scădea morbiditatea în cazul bolilor cronice;
- Restructurarea consultului medical prin abordarea comportamentală a pacientului, introducând terminologia şi metodologia pentru consultul motivaţional.

## II. Obiective generale ale programului de formare:

- Adaptarea comportamentului profesional la specificitatea bolilor cronice;
- Acompanierea pacientului atât în gestionarea tratamentului, cât şi a modului de viaţă, pe termen lung;
- Evaluarea dificultăţilor şi a progresului pacientului;
- Planificarea şi evaluarea unui program de Educaţie destinat pacienţilor;
- Organizarea activităţii unui serviciu integrat îngrijirilor medicale şi Educaţiei terapeutice.

## II. Grupul ţintă:

A fost reprezentat de medicii de familie şi medicii specialişti din judeţul Iaşi.

## IV. Numarul de ore: 20 ore

## V. Conţinutul tematic:

În primul modul, „Cum interacţionăm cu pacientul?", au fost incluse ca aspecte teoretice teoria tringhiului dramatic, teoria atitudinilor spontane, importanţa reformulării şi a consultului motivaţional, precum şi necesitatea de abordare diferită a tipurilor de personalităţi.

Triunghiul dramatic: este un model ce serveşte pentru a observa şi a descrie relaţiile contra productive, chiar conflictuale dintre mai mulţi interlocutori. Avem trei roluri ce pot fi „jucate": salvator, victimă, persecutor.

Calitatea comunicării cu pacientul reprezintă vectorul relaţiei terapeutice. Fie că este vorba de întâlniri/consultaţii cu pacientul sau cu anturajul său, dispoziţia sau sensibilitatea fiecăruia pot determina tot atât de bine o comunicare reală sau mari neînţelegeri. Tipuri de atitudini spontane: judecată, suportul banalizat, investigaţia, soluţia rapidă, interpretarea, înţelegerea-empatia, fuga sau evitarea, informarea-învăţământul tehnic.

Fie că este vorba despre o situaţie de ajutor social sau de o relaţie terapeutică, pentru ca să se stabilească o comunicare, trebuie să semnalăm interlocutorului nostru faptul că este ascultat. Ne „va conveni" deci, înainte de a-i răspunde, să reformulăm ceea ce a spus. Reformularea semnifică să reproducem mai mult decât să repetăm. O reproducere cu empatie a cuvintelor, din care să rezulte că sentimentele sale, neexprimate eventual, „ne-au ajuns"

și nouă la nivel conștient. Reformularea este esențială într-o relație duală, în care joacă un rol de „oglindă", permițând pacientului să se reasculte, să devină conștient de ceea ce tocmai a exprimat; poate că, de asemenea, reformularea pune în evidență sentimente ascunse chiar lui și îi poate evidenția înțelegerea pe care o manifestăm pentru situația lui.(3)

Atitudinea de comprehensiune (înțelegere) presupune nu doar un interes în a percepe sensul strict al propozițiilor celuilalt, dar mai ales în a resimți starea lui de spirit și de a o manifesta față de el, ca semn al recunoașterii.

Consultul motivational al medicului trebuie sa implice ascultare activă, empatie, să se centreze pe întrebări deschise, să reformuleze, să exprime emoțiile pacientului.(7,8)

## VI. Activitățile desfășurate:

Pe parcursul celor 20 de ore, activitățile desfășurate au avut scopul de a-l pune pe medic în situația de a regândi și reconsidera modul de organizare a consultului și chiar de a reconsidera relația medic-pacient. Au fost organizate ateliere de lucru, jocuri de rol, alături de prezentarea aspectelor teoretice. În permanență s-au evaluat de către participanți activitățile desfășurate.

## VII. Resursele implicate

Grupele au fost constituite din 20 de medici. Din echipa formatorilor a facut parte un medic, un psiholog, un actor. Un pacient bolnav cronic a fost implicat în etapa de realizare a consultului motivațional.

## VII. Rezultatele obținute

Activitățile de lucru în grup au oferit posibilitatea participanților de:

- a se identifica fiecare în cadrul grupului ca puncte comune de interes;
- a se afirma fiecare în cadrul grupului;
- a împărtăși unele neclarități sau chiar eșecuri terapeutice.
- Rezultatele acestui curs de formare s-au aplicat în cabinetul în care medicii își desfășoară activitatea prin:
- stabilirea unei adevarate comunicări cu pacientul;
- luarea în considerație a experienței/experiențelor trăite de pacient;
- ajutarea pacientului în a înțelege ce i se întâmplă;
- ajutarea pacientului să își gestioneze tratamentul, dar și modul de viață;
- „acompanierea" pacientului pe termen lung și creșterea calității vieții sale.

Un alt rezultat al acestui curs s-a dorit a fi crearea echipelor interdisciplinare. Acest program fiind un prim pas pentru evidențierea importanței formării de echipe în Educația terapeutică .(6,10)

## VIII. Modalități de realizare a evaluării interne

Participanții la curs au completat un chestionar prin care au evaluat activitățile care s-au desfășurat pe parcursul celor 3 zile. Rezultatele chestionarului au fost analizate și s-au luat măsuri ameliorative acolo unde a fost cazul.

***Celina Stafie***
*Șef de lucrări UMF Gr.T.Popa Iași*
*medic primar interne, specialist alergologie și imunologie clinică, specialist în educația terapeutică a pacientului cronic*

**1 și 2** Imagini din jocul de prezentare și din lista de asteptări ale pacientului vazută din perspectiva medicului

**3** Imagine din cadrul activităților desfășurate în cadrul modulului

**4** Imagine din cadrul activităților desfășurate în cadrul modulului

**Bibliografie:**

1. Assal JP, Lacroix Anne - Therapeutic Educaţion of Chronic Patients, Maloine, Paris,2001
2. Golay A. – Le Perso Regime- Dieta Personalizata,Editura ALL, Bucuresti, 2007
3. Hadji Charles – L'estime de soi, l'affirmation de soi, la Gestion du stress
4. Sheinfeld Gorin S, Krebs P, Badr H, Janke EA, Jim HS, Spring B, Mohr DC, Berendsen MA, Jacobsen PB, Comprehensive Cancer Center, ColumbiaUniversity, New York, NY, USA - Meta-analysis of psychosocial Interventions to reduce pain în Patients with cancer;
5. Timmer A, Clinical Epidemiology, Bremen Institute for Prevention Research and Social Medicine, Achterstrasse 30, Bremen, Germany - Psychological Interventions for treatment of inflammatory bowel disease;
6. Friedman AJ, University Health Network, Toronto, ON, Canada - Effective teaching strategies and methods of delivery for patient Educaţion: a Systematic review and practice guideline recommendations;
7. Assal, J.- Ph, Traitement des maladies de longue duree, Encycl. Med. Chir., Elsevier, Paris, 1996;
8. Stafie, Celina, Manual de Educație terapeutică, Ed.,Gr. T. Popa", U.M.F., Iasi, 2009;
9. Toader, Elena, Particularitatile consimtamantului în practica medicală, Revista Medico- Chirurgicala, vol. 107, nr. 4, 2003;
10. Nastas, Dorin, Dinamica grupurilor. Manual de lecturi, Ed. Erota, Iasi, 2008;

# Tratamentul cauzal al astmului sever necontrolat mediat Ig-E*

## Captează și Blochează Ig-E

## 96% din IgE libere circulante[1]

## Peste 68.000 pacienți tratați cu XOLAIR, în studii "real-life" (aprilie, 2007)[2]

Informații abreviate de prescriere Xolair*

Prezentare: seringă preumplută de 0,5 ml care conține 75 mg de omalizumab și seringă preumplută de 1 ml care conține 150 mg de omalizumab.

Indicații: Adulți și adolescenți (cu vârsta de 12 ani și peste): Xolair este indicat ca tratament adjuvant pentru îmbunătățirea controlului astmului bronșic la pacienții cu astm alergic sever persistent, care prezintă test cutanat pozitiv sau reactivitate in vitro la un alergen permanent din aer și care au funcția pulmonară redusă (FEV1 < 80%), precum și simptome frecvente în timpul zilei sau treziri bruște în timpul nopții și care au avut multiple exacerbări astmatice severe confirmate, în ciuda administrării zilnice pe cale inhalatorie de doze mari de corticosteroizi și agoniști beta 2 cu acțiune de lungă durată. Copii (cu vârsta între 6 și <12 ani): Xolair este indicat ca tratament adjuvant pentru îmbunătățirea controlului astmului bronșic la pacienții cu astm alergic sever, persistent, care prezintă test cutanat pozitiv sau reactivitate in vitro la un alergen permanent din aer și simptome frecvente în timpul zilei sau treziri bruște în timpul nopții și care au avut multiple exacerbări astmatice severe confirmate, în ciuda administrării zilnice pe cale inhalatorie de doze mari de corticosteroizi și agoniști Beta 2 cu acțiune de lungă durată. Doze: Dozat și frecvența administrării adecvate de Xolair sunt stabilite în funcție de cantitatea inițială de IgE (UI/ml) determinată înainte de începerea tratamentului și greutatea corporală (kg). Înainte de administrarea dozei inițiale, pacienților trebuie să li se determine concentrația IgE prin orice determinare uzuală a IgE totale serice, pentru stabilirea dozei. Pe baza acestor determinări, pentru fiecare administrare pot fi necesare 75 până la 600 mg de Xolair, administrate fracționat, în 1 până la 4 injecții. Doza maximă recomandată este de 600 mg omalizumab la fiecare două săptămâni. Contraindicații: Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți. Atenționări/Precauții/Interacțiuni: Pot apărea reacții alergice locale sau sistemice de tip I, inclusiv anafilaxie și șoc anafilactic, în momentul administrării omalizumab, chiar cu debut după o lungă durată de tratament. Boala serului și reacții asemănătoare bolii serului, care sunt reacții alergice de tip III întârziate, au fost observate la pacienții tratați cu anticorpi monoclonali umanizați, din care face parte omalizumab. În cazuri rare, pacienții tratați cu medicamente antiasmatice, inclusiv omalizumab, pot prezenta sau dezvolta eozinofilie sistemică și vasculită. Aceste evenimente sunt frecvent asociate cu reducerea tratamentului cu corticosteroizi administrați oral. La acești pacienți, medicul trebuie să fie atent la apariția edzinofiliei vasculare, erupțiilor vasculitice, agravarea simptomelor pulmonare, anomaliilor sinusurilor paranazale, complicațiilor cardiace și sau neuropatiei. În toate cazurile severe ale tulburărilor sistemului imunitar menționate mai sus trebuie avută în vedere întreruperea administrării omalizumab. Este necesară prudență la pacienții cu risc crescut de infestări helmintice, în special în cazul călătorilor în zone în care infestările helmintice sunt endemice. În cazul în care pacienții nu răspund la tratamentul anti-helmintic recomandat, trebuie avută în vedere întreruperea tratamentului cu Xolair. Enzimele citocromului P450, pompele de eflux și mecanismele de legare a proteinelor nu sunt implicate în clearence-ul omalizumab; de aceea, potențialul interacțiunilor medicament-medicament este mic. Xolair nu trebuie utilizat în timpul sarcinii, cu excepția cazurilor în care este absolut necesar. Femeile nu trebuie să alăpteze în timpul tratamentului cu Xolair. Reacții adverse: Foarte frecvente: pirexie (la copii cu vârsta cuprinsă între 6 și < de 12 ani); frecvente: cefalee (foarte frecvente la copii cu vârsta cuprinsă între 6 și < de 12 ani), dureri în regiunea abdominală superioară; reacții la locul injecției, precum inflamație, eritem, durere, prurit; mai puțin frecvente: faringită, sincopă, parestezie, somnolență, amețeli, hipotensiune arterială ortostatică, eritem facial tranzitor, bronhospasm alergic, tuse, semne și simptome dispeptice: diaree, greață, fotosensibilitate, urticarie, erupție cutanată tranzitorie, prurit, simptome asemănătoare gripei, edeme la nivelul brațelor, creșteri în greutate, fatigabilitate; rare: infestări paraziteare, reacție anafilactică, alte afecțiuni alergice grave, apariția de anticorpi anti-medicament, edem laringian, angioedem; cu frecvență necunoscută: trombocitopenie idiopatică severă, boala serului, poate include febră și limfadenopatie, vasculită granulomatoasă alergică (de exemplu sindrom Churg-Strauss), alopecie, artralgie, mialgie, edeme la nivelul articulațiilor.

Data ultimei autorizații: 25 octombrie 2010. Pentru persoane vă rugăm consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului Xolair versiune 25 mai 2012. Data revizuirii textului: 13 iunie 2012. Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală restrictivă - PR. Pentru informații suplimentare vă rugăm să contactați reprezentanța Novartis Pharma Services, la adresa de e-mail: informatie.medicala@novartis.com

*rezumatul caracteristicilor produsului


1. Chang T.W., The pharmacological basis of anti-IgE therapy. Nat Biotechnol 18, 157–162, 2000.
2. Thomas Sandstrom, Omalizumab in the management of patients with allergic (IgE-mediated) asthma, Journal of Asthma and Allergy 2009:2 49–62


NOVARTIS

Xolair omalizumab

CODE: XOL-ADV-3-02/13-80