săptămâna
# MEDICALĂ
Anul XVII • Nr. 274 • iulie 2022
4.75 lei

## Principii de vaccinare

## Celulita preseptală la copil

## Impetigo

## Dermatita atopică

## Reguli „de aur" pentru sănătate

Cum scapi de ochelarii de citit cu o intervenție laser? 4
Dermatita seboreică 12
Medicina personalizată în România 15
Infecțiile osoase 25

Diagnosticul precoce al infecțiilor tractului urinar . . . . . 20

Fibrilația Atrială la pacientul cu Diabet Zaharat. . . . . 22

# Bio Active MC,
## produs japonez de excepţie!

### Am fost contactaţi de aparţinătorii a două persoane care au folosit Bio Active MC.

Iată două cazuri pe care le urmărim de mai multă vreme:

**Pacientă în vârstă de 41 ani**, fără alte afecţiuni, a observat că i s-au inflamat doi ganglioni (care erau şi uşor dureroşi) în zona gâtului. Medicul a recomandat urmărirea lor şi investigarea peste câteva luni. Între timp, pacienta a decis să încerce câte 2 pliculeţe/zi de **Bio Active MC**, la recomandarea farmacistului. După 2 luni de administrare zilnică, a observat scăderea dimensiunii ganglionilor, precum şi faptul că aceştia nu mai dureau. Pacienta a decis să continue administrarea de **Bio Active MC** până la investigaţiile propuse de medic.

**Doamnă din judeţul Braşov, 40 ani**, 2 naşteri. Aceasta a descoperit acum câteva luni un chist de 2 cm pe ovarul drept. Medicul a recomandat doar urmărirea lui la fiecare 3-4 luni. Doamna a decis să administreze câte 3 pliculeţe/zi de **Bio Active MC**, iar la următoarea investigaţie, chistul nu s-a mai observat.

www.apoteca-farmacie.ro
0748156367 Gara -tel/fax 0213189941
0748157004 Duca -tel/fax 0212603061
0748158062 Crangasi -tel/fax 0212238363

Distribuitor
farmacia APOTECA

**Importator:**
Euro Japan Trading

Recomandăm achiziţionarea din punctele de distribuţie menţionate pe site-ul nostru (farmacii sau magazine naturiste) şi verificarea compatibilităţii produsului cu tratamentul dat de medicul curant.

**Notă: Bio Active MC** este un supliment alimentar şi nu înlocuieşte tratamentul recomandat de medic sau un regim alimentar variat. Rezultatele diferă în funcţie de organismul fiecărei persoane, dar este întru totul natural şi ajută la buna funcţionare a organismului. De asemenea, prin bogatul conţinut de Beta-D-Glucan, luptă cu celulele canceroase. Vă recomandăm să îl achiziţionaţi din punctele autorizate de pe site-ul nostru, pentru a beneficia de sfat autorizat de administrare.

**Importator:**
**Daniela Cismaru Inescu**
SC Euro Japan Trading,
Tel/Fax: 0368/ 452 849
Mobil: 0723.93.30.17
E-mail: office@ejtrading.eu •
Web: www.ejtrading.eu

## De ce Bio Active MC?

- Deoarece sănătatea este mai bună decât toate şi meriţi să ai parte de ea!
- Deoarece conţine 100% extract din ciuperca Agaricus Blazei Murill, denumită „Ciuperca lui Dumnezeu", cunoscută pentru acţiunea anti-tumorală puternică.
- Deoarece ciuperca este cultivată în mediu natural, nu în seră, fără îngrăşăminte chimice.
- Deoarece **Bio Active MC** îţi oferă garanţia calităţii japoneze, prin mărcile primite de la asociaţii de Medicină Alternativă şi Complementară din Japonia.
- Deoarece îl achiziţionezi din farmacie sau plafar, cu indicaţii de administrare personalizate.
- Deoarece vezi minime îmbunătăţiri ale stării de sănătate în 10-12 ZILE!
- Deoarece sănătatea este mai bună decat toate şi meriţi să ai parte de ea!
- Conţine 120 de elemente necesare organismului (minerale, aminoacizi, oligoelemente) şi este uşor de înghiţit şi uşor de asimilat!

# Teme de actualitate pentru laboratoarele de analize medicale

În contextul actual al medicinei moleculare și de precizie, patologia tumorală are o poziție privilegiată. Se descoperă noi biomarkeri, detectabili prin mijloace minim invazive și cu sensibilitate impresionantă: vorbim actualmente de biopsie lichidă – în sensul detectării în circulație chiar la concentrații infime, a celulelor maligne sau produșilor lor de secreție sau descompunere, prin tehnici citologice sau paneluri microarray umorale extinse, extrem de sensibile; vorbim despre terapie de precizie, respectiv despre predicția răspunsului la terapie. Laboratorul are desigur o poziție centrală în analiza acestor biomarkeri, pentru diagnosticul cât mai precoce și monitorizarea eficientă a pacienților oncologici. Medicul de laborator are misiunea de a fi la curent cu noile descoperiri și de a construi punți de legătură între domenii uneori îndepărtate pentru a facilita interacțiunea între cercetători, clinicieni și exponenții industriilor de profil.

Laboratorul de analize are și va avea în continuare o poziție esențială în luarea deciziilor medicale, deoarece în era medicinei bazate pe dovezi analiza biomarkerilor este o condiție încă esențială. Performanțele tehnice și analitice actuale sunt impresionante: în procesul de testare de care este responsabil laboratorul medical, vorbim actualmente de mai puțin de 5% din erori care provin din faza analitică. Specialistul din laboratorul medical se confruntă actualmente cu aspecte cum ar fi ritmul alert în care se descoperă noi marcheri, introducerea acestora în protocoalele/ghidurile de diagnostic și monitorizare și analiza în timp real a unor mari cantități de date, având sarcina de a integra în contextul clinic rezultatele obținute.

Printre preocupările noastre se numără teme de interes cum ar fi: testarea moleculară și serologică a pacienților cu infecție cu SARS-CoV-2, abordarea personalizată a diagnosticului patologiilor maligne și autoimune, biopsia lichidă – profilul citologic circulant, particularități ale neoplaziilor mieloide la copil, biomarcheri în toxicologie, investigarea metabolomicii prin tehnici de înaltă performanță (spectrometria de masă)/a profilului metabolic personalizat, investigarea microbiomului în diverse compartimente biologice și a rezistenței la antibiotice a microorganismelor, parametrii de calitate și de performanță ai laboratoarelor medicale.

În ultima perioadă activitatea de cercetare a Laboratorului de Imunologie al CCAMF pe care îl conduc din cadrul UMFST "George Emil Palade", Tg. Mureș se focusează pe teme cum ar fi înțelegerea și intervenția în controlul procesului inflamator din ischemia miocardică și cerebrală, interacțiunea celulelor organismului cu diverse materiale/matrici utilizate în procedee de reconstrucție/protezare, predicția răspunsului la terapie în patologii autoimune sau aspecte ale toxicității diverselor substanțe utilizate în terapia tumorilor.

***Prof. Dr. Minodora Dobreanu***
*Șeful Laboratorului de analize medicale*
*al Spitalului Clinic Județean de Urgență Tg. Mureș*

**Abonament la revista Săptămâna Medicală**

săptămâna MEDICALĂ

Vă rugăm să trimiteți solicitarea dumneavoastră pe adresa: redactie@finwatch.ro sau la tel/fax 021 321 6123. Vă mulțumim!

săptămâna MEDICALĂ

## Cuprins

Cum scapi de ochelarii de citit cu o intervenție laser? ..... 4
CEFAVIT B12 stix plicuri orodispersabile – acum și în România ..... 5
Principii de vaccinare ..... 6
Celulita preseptală la copil ..... 7
Impetigo – cea mai frecventă infecție bacteriană a pielii la copiii între 2 și 5 ani ..... 8
TEEN DERM® A.Z, un produs inovator pentru tratarea pielii inflamate și a semnelor post-acneice ..... 9
Dermatita atopică ..... 10
Dermatita seboreică ..... 12
Câteva reguli „de aur" pentru sănătate ..... 14
Medicina personalizată în România ..... 15
Infecția acută cu virusul ..... 16
SARS-COV- 2 la copil ..... 16
Diagnosticul precoce al infecțiilor tractului urinar ..... 20
Fibrilația Atrială la pacientul cu Diabet Zaharat ..... 22
Insuficiența cardiacă – principala cauză de mortalitate mondială ..... 24
Infecțiile osoase (osteomielita) ..... 25
Importanța kinetoterapeutului într-o secție de neonatologie ..... 26
„Una din zece persoane adulte are diabet zaharat" ..... 27
Reducerea masei osoase la pacienții neurologici 28
Importanța nutriției în bolile inflamatorii intestinale? ..... 30

Foto revistă: Shutterstock

**Coordonator medical:** Dr. Aurora Bulbuc, medic primar Medicină de familie

**Editor**: Fin Watch
Calea Rahovei, nr. 266-268, Sector 5, București,*
Electromagnetica Business Park, Corp 60, et. 1, cam. 19
**Tel**: 021.321.61.23
**e-mail**: redactie@finwatch.ro

**Tiraj**: 15.000 ex.
ISSN 2067-0508

FIN WATCH

# Cum scapi de ochelarii de citit cu o intervenție laser?

Dr. Andrei Filip
Medic primar specialist oftalmolog, Clinica de oftalmologie Ama Optimex
www.amaoptimex.ro
www.scapadeochelari.ro
www.cataracta.ro

Presbiopia apare după vârsta de 40 de ani și afectează pe toată lumea, într-o măsură mai mare sau mai mică, mai devreme sau mai târziu. Apare din cauza procesului natural de îmbătrânire al organismului, prin pierderea puterii de acomodație a cristalinului. Pe măsură ce îmbătrânim, cristalinul nu mai are aceeași elasticitate (amplitudine), apare nevoia de a îndepărta obiectele pentru a clarifica imaginea și mai târziu în viață pot apărea probleme și cu vederea la distanță. Astfel că aș numi presbiopia un fenomen care apare din cauza vârstei.

Poate fi corectată optic cu ochelari de citit și/sau lentile de contact și chirurgical cu laser (PRESBYOND) sau implant de cristalin artificial în scop refractiv.

Atunci când persoana consideră că ochelarii nu sunt o opțiune bună, fiind incomozi, îngustând câmpul vizual sau pentru că îl limitează, având o viață activă, și nu îi oferă confortul de care are nevoie, ne gândim la o intervenție chirurgicală. Atunci când intră în discuție chirurgia, prima pe lista opțiunilor este PRESBYOND, tehnica laser introdusă în România în anul 2019, de către echipa Ama Optimex.

**PRESBYOND** este prima opțiune la care ne gândim dintre tehnicile chirurgicale, deoarece este o tehnică laser **minim invazivă, cu o recuperare ușoară și cât se poate de sigură**. Reprezintă o inovație în chirurgia refractivă, bazată pe o tehnologie ultramodernă ce permite creșterea profunzimii focalizării (EDOF - Extended Depth Of Focus), care ne permite efectuarea unui tratament personalizat și obținerea independenței față de ochelari în cele mai multe dintre situații. Operația se face la amândoi ochii, iar dioptriile sunt prelucrate în așa fel încât ochii vor vedea împreună la distanță, intermediar și citit; astfel ochiul dominant va avea o acuitate vizuală mai bună față de celălalt la distanță și intermediar, iar cel nondominant la intermediar și aproape.

## Care sunt pașii?

În primă fază trebuie să evaluăm dacă această tehnică este potrivită pentru pacientul care își dorește să scape de ochelarii de citit. Această verificare presupune o consultație oftalmologică pe parcursul căreia efectuăm o serie de investigații și teste oftalmologice care ne oferă toate datele astfel încât să putem sfătui corect pacientul.

În cazul în care totul este favorabil pentru intervenție, putem stabili data. Tehnica operatorie este cea mai puțin invazivă dintre toate opțiunile chirurgicale pentru presbiopie, urmând același protocol ca la tehnica FemtoLASIK, o intervenție sigură, efectuată de peste 30 de ani, peste tot in lume.

Intervenția este extrem de prietenoasă, anestezia se realizează cu picături, deci nu doare, timpii operatori sunt de câteva zeci de secunde, iar pacientul pleacă acasă imediat după operație. În prima zi, este firesc să aibă o senzație de jenă oculară, uneori chiar usturime, fotofobie, lăcrimare abundentă, fluctuații de vedere etc. Aceste simptome se reduc și dispar pe măsură ce trece timpul.

Vederea se stabilizează imediat după intervenție și, de asemenea, se îmbunătățește pe măsură ce trece timpul, fiind normal să existe fluctuații de vedere postoperator. Perioada în care sistemul vizual se recalibrează se realizează rapid, pe măsura ce vindecarea se produce. Cu toate acestea, în funcție de tipul de dioptrie, ocupație, vindecare, percepție, creierul învață să compună imaginile obținute, iar procesul se numește neuroadaptare și poate dura în unele cazuri mai multe luni. În tot acest timp însă pacientul are o viață normală, își poate desfășura toate activitățile și se poate bucura de viața fără ochelari. Există situații particulare, mai ales în cazul unor meserii cu specific, în care unele persoane pot avea nevoie de o pereche de ochelari și după tratamentul presbiopiei.

Mai multe informații despre presbiopie și PRESBYOND sunt disponibile și pe site-ul de informare al clinicii Ama Optimex: www.scapadeochelari.ro.

**www.amaoptimex.ro**
**www.scapadeochelari.ro**
**www.cataracta.ro**

# CEFAVIT B12 stix plicuri orodispersabile – acum și în România

Supliment alimentar cu doză mare de vitamina B12 și metilcobalamină bioactive: 400 µg vitamin B12. Formă de prezentare unică, plicuri orodispersabile, îl face ușor de administrat, fără apă și astfel se absoarbe imediat din mucoasa bucală

| 400 µg sub formă de ciano- și metilcobalamină (fiecare 200 µg) |
|---|
| **Cianocobalamina** |
| • este provitamină |
| • poate fi convertită cu ușurință în coenzime active ACbl+MCbl în organism |
| • este sigură |
| • este un compus stabil de vitamina B12 |
| **metilcobalamina** |
| • este una dintre cele două forme metabolic active în organism |
| • este folosită în țesuturile țintă |

| Semne ale deficitului B12 |
|---|
| • hiperhomocisteinemia (neurotoxic, vasotoxic, risc cardiovascular crescut) |
| • tulburări hematologice (anemie megaloblastica, leucopenie/ trombocitopenia, paloare (piele, mucoasă), glossită, stomatite, ragade, diareea, semne de oboseală, slăbiciune generală) |
| • tulburări neurologice / musculare (polineuropatie, parestezii, tuburari neurologice ireversibile, boli ale măduvei spinării, atrofie cerebrală, atrofie musculară) |
| • tulburări de memorie, concentrare, stări depresive, psihoze, halucinații, demențe, schimbări ale stării de spirit |
| • sensibilitate la infecții |
| • disfuncții mitocondriale (Acid metilmalonic) |
| • tulburări în sinteza ADN |

## Deficitul de vitamina B12

- **aport insuficient** (vegani, vegetarieni, malnutriție, diete, bătrâni, pierderea în timpul gătitului)
- **malabsorbtie:** deficit de factor intrinsec, gastrită atrofică sau autoimună, boală inflamatorie intestinală, boală celiacă, pancreatită, după gastrectomie (scoaterea stomacului), după rezecții intestinale ale intestinului subțire
- defect de proteină de transport B12
- defect de coenzime (metinonina sintetaza, Methylmalonil-CoA mutaza)
- unele medicamente administrate cronic: blocanți de receptori H2, inhibitor de pompă de protoni, antiacide, aspirina, colchicină, metformină, cloramfenicol, colestiramină, doze mari de vitamina C
- consum excesiv de alcool
- viermi intestinali: ținia

# Principii de vaccinare

Nu de puține ori ne confruntăm în practica curentă cu situațiile în care schemele de vaccinare trebuie adaptate la circumstanțele individuale sau epidemiologice ceea ce poate să determine o recuperare a unor vaccinări care nu au fost efectuate sau care au fost efectuate doar parțial. Se pleacă de la premisa că vaccinarea trebuie să îndeplinească următoarele criterii: să fie sigură, să asigure protecție pe termen lung, să fie practică (costuri reduse, stabilitate, ușurință în administrare) și nu în ultimul rând să fie administrată la timp.

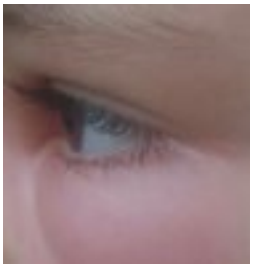
(text adaptat)

Prof. Univ.
Dr. Doina Azoicăi,
UMF „Grigore T. Popa" Iași

**Sistemul imunitar uman** este capabil să reacționeze la un număr considerabil și divers de antigene străine prin două tipuri de răspunsuri complementare: imunitatea înnăscută și imunitatatea adaptativă. Imunitatea înăscută are anumite particularități, respectiv nu depinde de expunerea anterioară la un agent patogen; nu produce memorie imunologică; nu se îmbunătățește odată cu expunerea repetată la un agent patogen. Imunitatea adaptativă oferă protecție împotriva unui anumit agent patogen prin capacitatea de a determina memorie imunologică, ceea ce favorizează imunitate pe termen lung, care poate dura uneori și toată viața, fiind mai puternică și mai precisă de fiecare dată când organismul se confruntă cu un antigen. Sistemului imun adaptativ oferă imunitate mediată prin activarea celulelor T care pot distruge celulele gazdă infectate sau pot stimula alte celule imune pentru a distruge direct agenții patogeni sau prin activarea celulelor B care produc anticorpi. Memoria imunologică duce la un răspuns imun eficient și rapid după expunerea ulterioară la aceleași antigene iar pentru răspunsul complet și competent este nevoie de participarea atât a celulelor B cât și T.

**Administrarea antigenului vaccinal** declanșează o reacție care inițial este mediată de sistemul imunitar înnăscut, fiind ulterior activat sistemul imun adaptativ. Majoritatea vaccinurilor oferă protecție prin inducerea imunității umorale (în principal de către celulele B), iar anumite vaccinuri (BCG și vaccinul zoster) acționează în principal prin inducerea imunității mediate celular (în principal de către celule T). Numeroase vaccinuri furnizează aceste două moduri de acțiune, dar imunitatea umorală reprezintă cel mai adesea markerul eficacității vaccinale. Imunitatea pe termen lung necesită persistența anticorpilor sau crearea și păstrarea memoriei specifice reactivată rapid și eficient după expunerea repetată la același antigen sau la un antigen vaccinal similar. Vaccinarea primară se realizează prin administrarea primei doze, care conferă o perioadă relativ lungă de latență, pentru apariția anticorpilor specifici cu o intensitate mai scăzută a protecției și o durată limitată de persistență a anticorpilor ceea ce determină necesitatea adminstrării dozelor ulterioare. Revaccinarea conferă o perioadă scurtă de latență ceea ce face ca intensitatea protecției să fie mai crescută și să dureze o perioadă mai lungă de timp (ani sau toată viața).

# Celulita preseptală la copil



**Oana Andrei**
Medic primar oftalmolog
Clinica Oftapro, București

## Ce este celulita preseptală și cum apare?

Celulita preseptală este o inflamație a țesuturilor din jurul ochilor, adică a pleoapelor, localizată anterior de septul orbital, care nu s-a extins în interiorul orbitei.

Infecția și inflamația țesutului periocular apare:

- prin infectarea directă: după traumatisme la nivelul acestor țesuturi, după intervenții chirurgicale perioculare, după mușcături de insecte, prin apariția unor erupții locale-herpes simplex/virusul varicelo zosterian;
- prin extinderea infecției de la procese infecțioase locale sau de vecinătate, cum ar fi infecția sacului lacrimal-dacriocistită, orjelet (ulcior al pleoapei), sinuzita etmoidală, infecții dentare;
- prin infectare hematogenă (pe calea sângelui) de la infecțiile localizate în vecinătate.

## Cum se manifestă clinic celulita preseptală?

Pleoapele sunt umflate și roșii, calde, prezintă disconfort/durere la atingere. Copiii mici pot avea stări de rău și febră. De asemenea, pot fi văzute procesele infecțioase care au dus la apariția celulitei preseptale, cum ar fi sacul lacrimal inflamat, ulciorul, leziunile traumatice etc. Inflamația poate fi prezentă și la obraz/frunte.

## Cum se pune diagnosticul?

Diagnosticul este de cele mai multe ori clinic, dar este nevoie de investigații paraclinice atunci când sursa de infecție nu este evidentă, când există suspiciune de complicații, pentru a identifica agentul infecțios etc.

## Cât de gravă este celulita preseptală?

Prezența celulitei preseptale la copil, în mod special, dar nu numai, este o urgență medicală, pentru că evoluția simptomelor și apariția complicațiilor este rapidă și imprevizibilă. Astfel, infecția poate evolua rapid cu extindere în orbită și apariția celulitei orbitale, situație în care inflamația este prezentă inclusiv la nivelul ochiului și poate apare rapid pierderea vederii.

De asemenea, drenajul venos al zonei orbitei și a pleoapelor se face către cap, în sinusul cavernos. Aceste vene nu au valve, iar infecția se poate răspândi rapid cu apariția trombozei de sinus cavernos, cu consecințe neurologice și vizuale grave.

## Cum se tratează?

În primul rând trebuie să prevenim apariția acesteia prin tratarea proceselor infecțioase locale, prin urmarea strictă a indicațiilor de tratament și igienă, postchirurgical, prin dezinfectarea plăgilor mici locale, dar, odată apărute semnele clinice, nu trebuie întârziată vizita la medic. Tratamentul include antibioterapie, antiinflamatoare și tratamentul proceselor infecțioase ce a dus la apariția celulitei preseptale.

## Prognosticul bolii

Dacă diagnosticul și tratamentul sunt făcute devreme, înainte de apariția complicațiilor, prognosticul este foarte bun.

OFTAPRO
CLINICA OFTALMOLOGICĂ

Recepție: **0219252**;
0730 593 534 / 0764 740 081
E-mail: office@oftapro.ro;
Bd. Mărășești nr. 15, Sector 4,
București, www.oftapro.ro

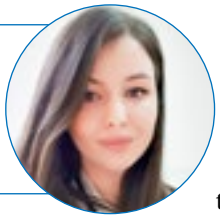
# Impetigo – cea mai frecventă infecție bacteriană a pielii la copiii între 2 și 5 ani

Impetigo este o infecție bacteriană foarte contagioasă care apare mai frecvent la copiii cu vârsta cuprinsă între 2 și 5 ani, fiind considerată cea mai frecventă afecțiune dermatologică infecțioasă de natură bacteriană la această categorie de vârstă. Poate afecta copiii mai mari și adulții. Este cauzată în principal de Staphylococcus aureus, și mai rar de Streptococcus pyogenes sau de asocierea celor două. Alți factori care predispun la dezvoltarea infecțiilor de natură bacteriană sunt traumatismele cutanate, condiții de umiditate și căldură, igiena precară, locurile aglomerate, malnutriția, diabetul zaharat de tip 1, alte afecțiuni sau terapii care slăbesc sistemul imunitar.

**As. Univ. Coblișan Alina-Petronela,**
Disciplina Nursing, Departamentul Mama și Copilul, Facultatea de Medicină, UMF Cluj-Napoca

**As. Univ. Dr. Pop Claudia Felicia,**
Medic primar medicina familiei, Disciplina Nursing, Departamentul Mama și Copilul, Facultatea de Medicină, UMF Cluj-Napoca

**Dr. Ilonczai Alexandra Maria,**
Medic rezident medicina familiei an 4



## Există două forme clinice de impetigo: nonbulos și bulos.

**Impetigo nonbulos** este cea mai frecventă formă (70% dintre cazuri). Este cauzat adesea de Stafilococcus aureus. Începe cu leziuni maculopapulare care se transformă rapid în vezicule cu pereți subțiri care se rup ușor, lăsând eroziuni superficiale, uneori pruriginoase sau dureroase, acoperite de crustele caracteristice „de culoarea mierii". Netratate, leziunile pot conflua, extinzându-se periferic în același timp. Odată ce crustele miele-cerice se usucă, zona rămasă se vindecă fără cicatrici.

**Impetigo bulos** este o formă mai rară, mai puțin contagios și este cauzat de Staphylococcus aureus. Leziunea caracteristică este o vezicule care se transformă într-o bulă flacidă cu conținut gălbui-tulbure care se rupe mai greu. Bulele rupte lasă o suprafață cu aspect circinat, cu o bordură de cruste în margine de culoare maro. Pielea din jurul leziunilor este intactă, cu roșeață adiacentă sau absentă. Leziunile se vindecă fără cicatrici. Simptomele sunt mai puțin frecvente, dar pot include febra, diareea și slăbiciunea.

**Educația privind factorii de risc** pentru dezvoltarea impetigo este o parte importantă a abordării totale. Acești factori de risc sunt reprezentați de condițiile de umiditate și căldură, sărăcia, aglomerația și igiena personală precară. Impetigo se poate răspândi la copii prin animalele de companie, în școli, grădinițe sau zone aglomerate de locuințe. În cazul adulților, sursele de infectare sunt reprezentate de copiii infectați și autoinocularea din transportul nazal sau perineal. Prevenirea recurențelor se face prin tratarea corectă a leziunilor sau o zonelor care sunt colonizate, spălarea cu săpun antibacterian zilnic, tăierea unghiilor și păstrarea mâinilor curate, identificarea și tratarea sursei de reinfecție. Prevenirea infectării altor persoane se face prin evitarea contactului cu alte persoane până la uscarea crustelor, folosirea separată a prosoapelor și a altor obiecte personale, schimbarea și spălarea zilnică a hainelor.

**Rezistența antimicrobiană** a devenit o preocupare la nivel mondial. În 2015, OMS a lansat Planul de acțiune global pentru rezistența la antimicrobiene (GAP), în special programul One Health, pentru a lupta împotriva rezistenței antimicrobiene la nivel uman, veterinar și de mediu.

Pentru a respecta obiectivele strategice ale GAP, s-au discutat tendințele rezistenței la antibiotice legate de tratamentul impetigo și s-a convenit că atunci când se prescriu antibiotice, este esențial să cunoaștem tendințele locale în ceea ce privește rezistența la antibiotice.

# TEEN DERM® A.Z, un produs inovator pentru tratarea pielii inflamate și a semnelor post-acneice

Acneea afectează aproximativ 9,4 % din populația globului, manifestându-se cu precădere între 15 și 30 de ani, fiind primul motiv de prezentare la un consult dermatologic.

**Dr. Ramona Demian**
Medic Primar Dermatolog
Spitalul de Urgență
Constantin Opriș, Baia Mare

Acneea afectează aproximativ 9,4 % din populația globului, manifestându-se cu precădere între 15 și 30 de ani, fiind primul motiv de prezentare la un consult dermatologic. Adoptarea unor bune practici de îngrijire a pielii și o mai mare atenție acordată stilului de viață pot ajuta la minimizarea impactului negativ asupra calității vieții pacienților.

Produsele dermato-cosmetice pot fi recomandate în monoterapie (acnee ușoară) dar și în terapie combinată cu tratamentul medicamentos (acnee moderată și severă). Atât produsele de curățare (soluție micelară sau geluri de spălare) cât și produsele de tratament sau fotoprotecție utilizate trebuie să fie non-comedogene. Hidratarea este esențială pentru a menține funcția de barieră de protecție a pielii și pentru a compensa uscăciunea pielii cauzată de anumite tratamente.

**Acneea inflamatorie** necesită o abordare dermatologică complexă, de aceea produsele dermato-cosmetice trebuie să conțină ingrediente active care să acționeze pe mai multe axe fiziopatologice, și anume: diminuarea inflamației, reglarea secreției de sebum, reducerea semnelor post-acneice, hidratarea și calmarea pielii.

Un astfel de produs dermato-cosmetic este **TEEN DERM® A.Z**, formulă inovatoare a Laboratoarelor ISISPHARMA DERMATOLOGIE, din Franța, dezvoltat special pentru tratarea pielii inflamate și a semnelor post-acneice.

**TEEN DERM® A.Z** combină acidul azelaic, în concentrație de 15%, cu alfa-pure complex și glicerina.

**Acidul azelaic** are efect antiinflamator, antibacterian, keratoregulator, reduce și semnele post-acneice (inhibă tirozinaza implicată în apariția hiperpigmentațiilor).

**Complexul patentat α -PURE** conține o combinație de ingrediente active ce reglează secreția de sebum, calmează pielea și o hidratează.

**Glicerina** hidratează și menține funcția de barieră protectoare a pielii.

Acidul azelaic nu este fotosensibil, dar folosirea fotoprotecției este esențială pentru a preveni apariția hiperpigmentațiilor. Produsele fotoprotectoare utilizate trebuie să fie special formulate pentru tenul gras predispus la acnee, cu o textură lejeră fluidă sau ultra-fluidă, cu efect matifiant și protecție solară globală (UVE-BLOCK SPF50+ Dry touch, Isispharma)

Reducerea inflamației este esențială în acnee deoarece cu cât ea este mai mare cu atât există riscul de apariție a semnelor și chiar a cicatricilor post-acneice permanente. Fototipurile deschise prezintă în general semne roșii pe când cele închise semne de culoare maro.

Crema tratament **TEEN DERM® A.Z** pentru acneea inflamatorie moderată spre severă este foarte bine tolerată (prezența în compoziție a 3 ingrediente active hidratante și calmante) și are eficacitatea unui tratament topic, formulat pentru a minimiza riscul de reacții secundare. Formula sa este fără parfum, testată sub control dermatologic, ușor de aplicat, cu o textură lejeră, nelipicioasă și efect matifiant. Poate fi folosită de către adulți, femeile însărcinate sau care alăptează și de copii peste 10 ani.

# Dermatita atopică

Dermatita atopică (AD) este o afecțiune cutanată acută, subacută sau cronică, pruriginoasă, întalnită în special la copii, dar care afectează și adulții. Caracteristicile principale ale dermatitei atopice sunt pielea uscată și pruritul, acestea conducând la leziuni de grataj, urmate de inflamație și lichenificare.

Dr. Nițescu Livia Cristiana,
Dr. Cira Cristina Ilinca,
Dr. Andreea Marina Radu
Spitalul Universitar de Urgență Elias

**În funcție de vârstă, se regăsesc anumite aspecte speciale:**

- **DA infantilă** are debutul la vârsta de aproximativ 3-6 luni prin leziuni cu aspect eczemators (piele înroșită) acoperite de vezicule, scuame, exsudat, cruste și eroziuni. Se regăsesc în special pe zonele convexe ale feței, cu respectarea nasului și a regiunii peribucale.
- **DA a copilului**: leziunile sunt localizate cu predilecție în zonele de flexie (fosa poplitee, plica cotului), dar și pe gât și pe față și sunt caracterizate de papule sau plăci cu tendință la lichenificare, acoperite de excoriații.
- **DA a adultului**: interesează aceleași zone și predomină lichenificarea și pruritul. Leziunile localizate pe partea dorsală a mâinilor, la nivel retroauricular sau peribucal sunt adesea rezistente la tratament.

**Tratament:**

**Măsuri non-farmacologice:**

În ceea ce privește îngrijirea pacienților cu dermatită atopică, trebuie avută în vedere educarea acestora în legătură cu produsele benefice lor, precum și cele nocive.

În primul rând, pacienții trebuie să își mențină pielea hidratată, folosind produse speciale pentru tipul lor de tegument. Pentru igienă se vor folosi săpunuri neiritante, iar după fiecare baie pielea trebuie hidratată.

De asemenea, un alt factor important este eliminarea factorilor agravanți, cum ar fi expunerea la vânt, frig și căldură excesivă; îmbrăcămintea din lână sau materiale sintetice; fumatul; aeroalergeni (praf).

Deși alergiile alimentare joacă un rol important în agravarea dermatitei atopice, în urma studiilor conduse nu este recomandată evitarea totală a unor alimente. În acest sens, pacienții cu această afecțiune ar trebui testați pentru alergenii alimentari.

**Tratament medicamentos:**

Acesta constă în aplicarea locală de agenți antiinflamatori, administrarea de antihistaminice pentru reducerea pruritului, fototerapie UVA-UVB, iar în cazuri severe și refractare ale bolii la adulți se poate recurge la terapie sistemică cu glucocorticoizi sau ciclosporină. De asemenea, în prezent, a fost aprobat si tratamentul biologic al dermatitei atopice.

Prin urmare, putem spune că pacienții cu această patologie ar trebui sa urmeze anumite reguli generale pentru ameliorarea bolii, precum:

- Evitarea produselor iritante (produse cosmetice ce conțin parfumuri, uleiuri esențiale, sau alcooli ce pot perturba bariera epidermică precum alcoolul denaturat sau etanolul, balsam de rufe, detergenți de uz casnic)
- Utilizarea unui detergent hipoalergenic
- Evitarea dușurilor cu apă fierbinte
- Se vor utiliza geluri de duș speciale pentru pielea atopică, iar după duș pielea va fi uscată prin tamponare
- Se vor evita temperaturile extreme
- Evitarea transpirației
- Evitarea materialelor sintetice, țesaturilor din lână; sunt preferate hainele de bumbac
- Evitarea stresului emoțional

**Bibliografie:**

William L Weston, MD,William Howe, MD - Treatment of atopic dermatitis (eczema), Jul 13, 2021, UpToDate www.uptodate.com/contents/treatment-of-atopic-dermatitis

William L Weston, MD,William Howe, MD - Atopic dermatitis (eczema): Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. Jul 22, 2021, UpToDate www.uptodate.com/contents/atopic-dermatitis-eczema-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis

# beMe

## Noua față a încrederii de sine

https://beme-acne.ro/
https://dmstore.ro/index.php/product-category/cosmetice/ingrijirea-tenului/

Produsele noastre sunt concepute la cel mai înalt nivel de performanță, eficacitate – cu toate acestea nu punem în pericol starea de sănătate.

Lactobacillus bulgaricus stimulează procesele de detoxifiere internă, ceea ce înseamnă că, de fapt, stimulează pielea în „spălarea" acumulării de toxine. L. bulgaricus prezintă o serie de proprietăți antiseptice și antimicrobiene. Acționează pentru a menține echilibrul pH-ului mai mic, astfel încât bacteriile nesănătoase să nu se dezvolte și înmulți.

**Pasul 1**
**CURĂȚARE**
**▸ Ingredientul activ Microalgae:**

- favorizează circulația sângelui
- asigură pielii hidratarea
- are efect antiinflamator
- drenează țesuturile

În timp ce gelul este masat pe piele timp de un minut, probioticele se activează și acționează ca un antibiotic natural.

**▸ Ingredientul activ Probiotic Lactobacillus Bulgaricus:**

- încurajează pielea să expulzeze toxinele acumulate
- ajută la menținerea unui nivel scăzut de PH
- inhibă creșterea bacteriană

**▸ Ingredientul activ Sepicontrol**

Ingredientul activ Sepicontrol suprimă excesul de producție de ulei, îndepărtează ușor celulele moarte ale pielii care înfundă porii și, în cele din urmă, inflamația, o umflătură roșie pe piele.

Gelul pune bazele efectelor produselor de tratament ulterioare. Acesta este potrivit pentru utilizarea zilnică pe pielea grasă, predispusă la acnee.

**Pasul 2**
**REECHILIBRARE**

Crema zilnică hidratează și recuperează echilibrul natural al pielii. Reduce rapid și vizibil procesele inflamatorii și micșorează porii. Când este utilizată zilnic, pielea devine sănătoasă, netedă și tonusul pielii crește. Probioticele îmbunătățesc funcția de apărare a celulelor pielii și fac microbiomul mai rezistent la infecții.

Acidul silicic ucide în mod eficient bacteriile din pori, de unde începe acneea. Dar acidul silicic poate fi și iritant pentru pielea ta. Tehnologia noastră exclusivă Smart Target® încapsulează acidul silicic astfel încât să nu stea pe suprafața pielii, ci este tras direct în porii cu precizie asemănătoare laserului pentru a începe uciderea bacteriilor direct

**Pasul 3**
**CORECTARE**

Corectorul este un produs local cu dublă acțiune pentru tratarea acneei - usucă, îndepărtează coșurile și ascunde defectele. Odată ce acneea dvs. este controlată, veți dori să ștergeți dovezile și să îi redați pielii frumusețea naturală.

Ingredientul activ Peelmoist ajută la refacerea conținutului de apă. Ajută la calmarea pielii și previne cicatricile.

Acest corector ușor, pe bază de apă, colorant, se amestecă în mod natural cu pielea, diminuează roșeața și estompează aspectul urmelor de acnee.

DMSTORE

**contact:** +40 736 089 436
sales@dmstore.ro www.dmstore.ro

# Dermatita seboreică

Reprezintă o dermatoză cronică, cu evoluție ondulantă, care se poate întâlni atât la adulți, cât și la adolescenți/copii. Ca și tablou clinic, variază de la scuame, la erupție diseminată la nivelul scalpului, feței.

Dr. Mirela Cristina Moraru

## Prevalență

Prevalența raportată este de 3%, cu vârful incidenței la 30-40 ani. Afectează mai frecvent bărbații. În ceea ce privește patologiile asociate, au fost raportate cazuri severe la pacienți cu infecții HIV sau boala Parkinson.

## Etiopatogeneză

Dermatita seboreică nu este o boală a glandelor sebacee și totuși, glandele sebacee ajută la dezvoltarea dermatitei seboreice, așa cum indică predilecția pentru zonele corpului cu un număr crescut de glande sebacee și glande sebacee mai mari (față, scalp, trunchiul superior, meatul auditiv extern și zona anogenitală). Studiile observaționale sugerează că la unii pacienți dermatita seboreică poate rezulta din răspunsul imun al gazdei la Malassezia sau subprodusele acesteia.

## Tablou clinic

Dermatita seboreică poate apărea imediat după pubertate. Se caracterizează prin erupție formată din plăci eritemato-grosoase, uneori gălbui, localizate în zone cu glande sebacee, cum ar fi scalp (scuame fine, albicioase), ureche externă, centro-facial, partea superioară trunchi și arii intertriginoase.

## Managementul terapeutic

Tratamentul dermatitei seboreice este necesar atât în puseu acut, cât și pe termen lung, de întreținere. Astfel, putem opta pentru tratament local, sub formă de șampon/loțiune, care să conțină ca și substanță activă

- Keratolitice precum acidul salicilic și sulful
- Agenți antifungici în special ketoconazol și ciclopirox
- Gudron de cărbune sau gudron de pin

Un exemplu de tratament local sigur și eficient pentru combaterea dermatitei seboreice, este gama **TRIDERM DS**.

Pentru dermatita seboreică a scalpului și a zonelor păroase aplicând șamponul intensiv **TRIDERM DS** ce conține Ciclopiroxolamina, zinc și acid succinic (descuamant) folosit în forme severe, inițial o zi da una nu, timp de 2 săptămâni, apoi frecvența se micșorează treptat până la de 2 ori pe săptămână sau în forme mai ușoare de 2-3 ori pe săptămână, rezultatele sunt vizibile de la primele aplicari. După un tratament intensiv de maxim 2 -3 luni, în funcție de gradul de afectare al scalpului, este nevoie de un tratament de întreținere. Șampoanele recomandate **DEFENCE HAIR ULEIOS EXTRAGENTLE**, care se utilizează a la long până la reapariția simtomelor, Șampon **TRIDERM OIL** (cu foarte bune rezultate inclusiv în tratamentul capacului de leagăn al nou-născutului sau dermatitei seboreice a copilului) cu perioade lungi de acalmie.

În igiena dermatitei seboreice a pielii feței foarte importantă este curățarea și tipul cosmeticelor ce sunt aplicate zilnic. Pielea cu dermatită seboreică este o piele extrem de sensibilă,

aplicarea cosmeticelor altele decât dermatocosmeticele irită și întrețin starea de dermatită.

Testul de eficacitate in vivo este de 100% pe Malassezia furfur, scăderea semnificativă cu cel puțin 33 % a seboreei, mătreții/scuamelor, roșeții, a arsurilor și mâncărimii.

Așadar, o soluție pentru această patologie ar fi **TRIDERM DS cremă** combinată în cazul bărbaților cu gama **DEFENCE MAN** (Spuma de ras, After shave-FĂRĂ Conservanți sintetici, Parfum, Gluten, Testate la Nichel) sau în cazul femeilor cu gamele **DEFENCE TOLERANCE** (crema Tolerance 200, Apa demachiantă esențială, crema de ochi-FĂRĂ Conservanți sintetici, Parfum, Gluten, Testate la Nichel), **DEFENCE COLOR FOND DE TEN** (FĂRĂ Conservanți sintetici, Parfum, Gluten, Testate la Nichel, Cobalt, Crom)

**TRIDERM DS** cremă conține ciclopiroxolamină și ingrediente calmante, cum ar fi enoxolonă și palmitat de furfuril. Acționează prin normalizarea secreției sebacee și ajută la menținerea sub control a proliferării florei pielii. Totodată, reprezintă un adjuvant în reducerea simptomelor dermatitei seboreice, ajută la atenuarea iritației pielii și la prevenirea acutizărilor. Au fost efectuate mai multe teste: test in vitro pe Malassezia, test de eficacitate la persoanele cu dermatită seboreică, și au evidențiat rezultate bune, cu ameliorare. Se aplică pe zona care necesită tratament de două sau mai multe ori pe zi, după cum este necesar. Formula este, de asemenea, îmbogățită cu ACID SUCCINIC, cu activitate keratolitică; îmbunătățește capacitatea microorganismelor comensale de pe piele de a contracara microorganismele patogene, favorizând astfel homeostazia microbiotei pielii.

Astfel este demonstrat rezultatul prin test de eficacitate in Vivo după 4 săptămâni de utilizare cu efect total asupra Malasseziei furfur și restricta, scăderea seboreei cu peste 21%, scăderea semnificativă a scuamelor, roșeții, a arsurilor și mâncărimii.

Foarte important de reținut este faptul că nu se vor mai putea folosi niciodată produse de mass market, produse uzuale, deoarece acestea grăbesc reapariția dermatitei și influențează întinderea ei.

Acest Tratament s-a arătat benefic inclusiv pacienților cu **Pitiriazis versicolor**. Protocolul fiind identic datorită Malaseziei implicate.

BioNike
HEALTH AND BEAUTY

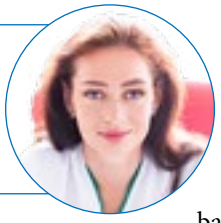
www.bionike.ro
www.medicalmagazin.ro
office@bionike.ro, Tel: 0744 649 289,
Str. Viitorului, nr.180, Sector 2,
București, Facebook: bionikeromania

## Referinte

1. Amado Y, Patiño-Uzcátegui A, Cepero de García MC, et al. Seborrheic dermatitis: predisposing factors and ITS2 secondary structure for Malassezia phylogenic analysis. Med Mycol 2013; 51:868.
2. Kim SY, Kim SH, Kim SN, et al. Isolation and identification of Malassezia species from Chinese and Korean patients with seborrheic dermatitis and in vitro studies on their bioactivity on sebaceous lipids and IL-8 production. Mycoses 2016; 59:274.
3. Gupta AK, Kohli Y, Summerbell RC, Faergemann J. Quantitative culture of Malassezia species from different body sites of individuals with or without dermatoses. Med Mycol 2001; 39:243.
4. Sandström Falk MH, Tengvall Linder M, Johansson C, et al. The prevalence of Malassezia yeasts in patients with atopic dermatitis, seborrhoeic dermatitis and healthy controls. Acta Derm Venereol 2005; 85:17.
5. Arsic Arsenijevic VS, Milobratovic D, Barac AM, et al. A laboratory-based study on patients with Parkinson's disease and seborrheic dermatitis: the presence and density of Malassezia yeasts, their different species and enzymes production. BMC Dermatol 2014; 14:5.
6. Paulino LC. New perspectives on dandruff and seborrheic dermatitis: lessons we learned from bacterial and fungal skin microbiota. Eur J Dermatol 2017; 27:4.
7. Faergemann J, Bergbrant IM, Dohsé M, et al. Seborrhoeic dermatitis and Pityrosporum (Malassezia) folliculitis: characterization of inflammatory cells and mediators in the skin by immunohistochemistry. Br J Dermatol 2001; 144:549.
8. Gupta AK, Bluhm R. Seborrheic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2004; 18:13.
9. Joly P, Tejedor I, Tetart F, et al. Tacrolimus 0.1% versus ciclopiroxolamine 1% for maintenance therapy in patients with severe facial seborrheic dermatitis: A multicenter, double-blind, randomized controlled study. J Am Acad Dermatol 2021; 84:1278.
10. Denis Sasseville. Seborrheic dermatitis in adolescents and adults. Apr 21, 2021.

# Câteva reguli „de aur" pentru sănătate

**Conf. Univ.**
**Dr. Voichița Lăzureanu,**
Spitalul de Boli infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș", Timișoara



**Fiecare dintre noi putem să ne auto-implementăm câteva măsuri de bază pentru sănătatea proprie:**

- să nu luăm antibiotice/ antivirale fără consult medical;
- febra nu este egal infecție, să nu luăm antibiotice ca și antitermice;
- trebuie stabilit întâi dacă este vorba de o infecție bacteriană, doar în acest caz este util antibioticul. În infecțiile virale nu este eficient antibioticul!
- să păstrăm regulile de igienă personală: să ne spălăm pe mâini, să nu mergem în colectivități atunci când suntem bolnavi și să păstrăm distanța/ mască atunci când trebuie să fim alături de cei bolnavi.

În principal este important să rupem lanțul de transmitere al infecției și să tratăm infecțiile cu medicamentele potrivite (antibiotice în infecțiile bacteriene, antiviralele în infecțiile virale, antifungicele în infecțiile fungice, etc.).

Pe de altă parte, în ceea ce ne privește pe noi, medicii infecționiști, dorim să oferim pacienților noștri în primul rând o gamă largă de servicii medicale de profilaxie, investigații și de tratament. Depistarea precoce a cancerului de sân face parte dintr-un plan mai amplu de prevenție și identificare a neoplasmelor (în vederea inițierii terapiei cât mai rapide și țintite) având la spital mamograf, computer tomograf (CT) și rezonanță magnetică nucleară (RMN), deservite de medici și tehnicieni imagiști foarte competenți. Avem compartimente de bronhologie și chirurgie toracică înalt performante, chirugie toracoscopică video-asistată pentru rezecția unor tumori și criobiopsie. Avem de asemenea și fibroScan, un aparat ultramodern care înlocuiește biopsia hepatică, precum și aparat unic în vestul țării pentru testarea funcțională pulmonară. În continuare ne dorim să dezvoltăm și un centru de terapie oncologică înalt performantă, despre care vom mai vorbi în viitor.

# Medicina personalizată în România

Medicina personalizată, un termen des întâlnit pe buzele specialiștilor, dar și al pacienților. Să fie oare acesta trendul medical al secolului XXI? Aflăm mai multe despre acest concept, dar și despre preparatele farmaceutice personalizate de la doamna Farmacist Cosmina Bengescu, CEO al uneia dintre cele mai cunoscute farmacii de preparare personalizată din România.

## Ce este medicina personalizată?

**C.B:** Este adevărat că auzim tot mai des acest termen de medicină personalizată care în esență vizează un aspect foarte important, unicitatea fiecărui pacient. S-a constatat de-a lungul timpului și vă pot mărturisi și eu, din propria mea experiență că pacienții cu diagnostic identic pot răspunde diferit aceluiași tratament. Diferențele genetice fac ca un medicament care se dovedește eficace pentru un pacient, să nu aducă beneficiul clinic pentru un altul. Ca tratamentul să fie personalizat și creat strict pentru un anumit pacient, este absolut necesar ca medicul să creeze o strânsă legătură profesională cu farmacistul preparator. Farmacistul poate prepara un tratament personalizat doar la indicația și ținând cont de atenta îndrumare a medicului specialist.

## Farmacistul român este pregătit pentru medicina personalizată?

**C.B:** În farmacia pe care eu o coordonez activează farmaciști români instruiți în SUA și Israel care cunosc tehnici speciale de preparare și efectuează la cel mai înalt nivel tratamente personalizate. De asemenea, sunt sigură că nu sunt singurii farmaciști bine pregătiți din România. Deci, da, farmacistul român deține toate instrumentele pentru a se pregăti să vină în întâmpinarea medicinei personalizate cu preparate inovative.

## De ce medicină personalizată?

**C.B:** Medicina personalizată presupune un management mai bun al bolii. Această abordare personalizată țintește unicitatea și simptomatologia specifică pacientului și tratează individual. Ne-au trebuit zeci, poate sute de ani de practică pe pacient să ajungem la concluzia că această terapie salvează vieți.

## Conceptul de medicină personalizată este un trend nou?

**C.B:** Este o știință străveche care a fost reinterpretată în contextul zilelor noastre. Așa cum vedeți toate industriile și toate domeniile evoluează și se adaptează noilor tendințe. Ei bine, acest lucru s-a întâmplat și cu farmacia. Tratamentele personalizate au fost inițial o provocare pentru farmaciștii din toată lumea și ușor, ușor acest concept a fost aprofundat. S-a recunoscut necesitatea acestui tip de tratament și acum, atât în România cât și în țări mult mai dezvoltate a devenit o modalitate de tratament la care orice pacient are acces.

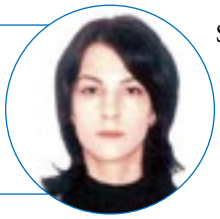
## Medicamentele personalizate sunt mai eficiente?

**C.B:** Bineînțeles că un tratament individualizat va fi mai eficient decât unul standardizat. Prescripția medicală care ajunge în farmacie este creată de medicul specialist, este o prescripție individuală cu privire la cantitatea de substanță activă necesară, forma farmaceutică optimă, dar nu în ultimul rând excluzând alergenii ce constituie un pericol pentru pacient și care din păcate se regăsesc în majoritatea medicamentelor standardizate.

# Infecția acută cu virusul SARS-COV- 2 la copil

S- a afirmat inițial că există o receptivitate scăzută a infecției SARS-CoV-2 la copii care au o evoluție, în general, mai blândă decât boala adultului, cazurile grave fiind rare și, de obicei, grevate pe o patologie cronică subiacentă (afecțiuni cronice pulmonare-fibroza chistică, tuberculoza, malformații pulmonare, dischinezia ciliară, malformații cardiovasculare, sindroame plurimal formative, boli oncologice și renale). La copii, ca și la adulți, din punct de vedere clinic predomină febra și sindromul respirator, însă cu valori mai scăzute decât în cazul adulților infectați.

**Asist. univ. Dr.**
**Alice Nicoleta Azoicăi**
UMF „Grigore T.Popa" Iași,
Medic primar Pediatrie
Clinica a II-a Pediatrie,
Spitalul Clinic de Urgențe
Copii „Sf. Maria" Iași



Fenomenul ar putea fi explicat prin mai multe mecanisme. Unul ar fi acțiunea răspunsului imun înnăscut, prima linie de apărare împotriva agenților patogeni, care tinde să fie mai activ la copil. Paradoxal, o altă explicație ar putea fi imaturitatea sistemului imunitar al copiilor care, probabil, nu este capabil să susțină furtuna de citokine similară cu cea obiectivată la populația adultă.

Relația dintre vârstă, încărcătura virală și transmiterea pe întregul spectru de simptome al SARS-CoV-2 este acum în focusul studiilor de specialitate și din perspectiva faptului că există limite logistice și de abordare în ceea ce privește testarea majorității școlarilor, cunoscută fiind transmiterea comunitară a virusului SARS-CoV-2. De asemenea, lipsește informația epidemiologică privind factorii care influențează transmisibilitatea noilor variante SARS-CoV-2 la copii si adolescenți. Din testele efectuate la nivel pediatric (exudat nazal și nazofaringian) s-a remarcat o încărcătură virală importantă în primele 5 zile de evoluție a simptomelor, ceea ce echivalează cu o transmitere importantă la nivel comunitar. Aceleași date privind sursa și modurile de transmitere sunt enunțate de ultimele studii privind varianta Omicron, mult mai contagioasă decât tulpinile anterioare.

Perioada de incubație la copii este între 2 și 10 zile, simptomele clinice fiind nespecifice: febră, tuse, disfagie, strănut, mialgie, relativ mai rar obiectivate fiind diareea, slăbiciunea, rinoreea și dispepsia, tahicardie, tahipnee, scăderea saturației de O2 fiind rar observată. De la formele simple, necomplicate, la formele severe, care necesită asistență medicală intraspitalicească, uneori în secția ATI, există un polimorfism clinic nemaiîntâlnit până acum într-o infecție virală. Sunt citate cazuri cu debut acut neurologic (convulsii, comă), cutanat (erupții în context febril), gastrointestinale, respiratorii, care pot evolua spre inflamație sistemică.

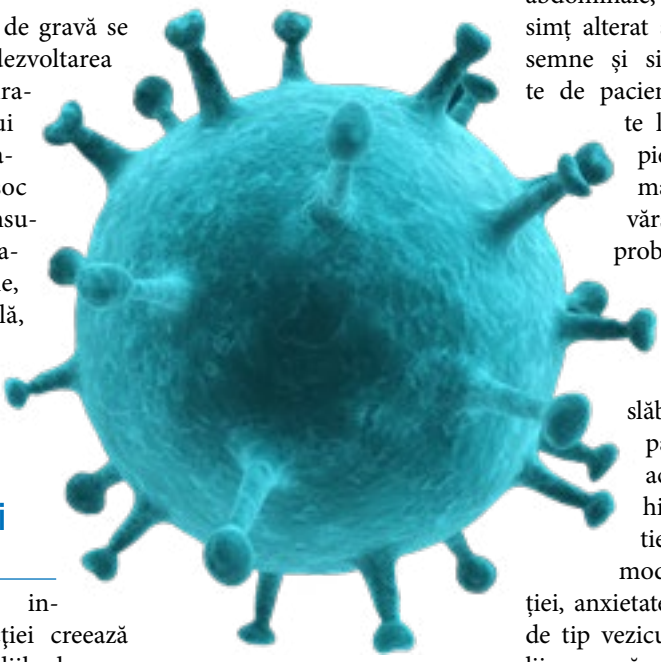
Factorii de risc pentru evoluția nefavorabilă includ comorbidități preexistente (boli pulmonare cronice, malformații cardiace congenitale, boala renală cronică, oncopatii), imunodeficiența primară sau secundară, co-infecțiile virale și/sau bacteriene (virus respirator sincițial, adenovirus, Stapylococcus aureus, infecții nosocomiale la cazurile spitalizate).

Semnele de avertizare privind prognosticul evolutiv nefavorabil includ: tahipneea, detresa respiratorie cu scăderea saturației în aerul atmosferic sub 92%, cianoza, uscăciunea mucoasei bucale, semnele de deshidratare-pliu cutanat persistent, absența lacrimilor, febră mai mare de 40°C sau febră persistentă înaltă timp de 3-5 zile.

Forma extrem de gravă se definește prin dezvoltarea insuficienței respiratorii, a sindromului de detresă respiratorie, semne de șoc septic, semne de insuficiență multiorganică (encefalopatie, insuficiență renală, cardiovasculară, sindrom CID).

## Considerații evolutive la nou-născuți și în sarcină

Transmiterea intrauterină a infecției creează controverse în studiile de specialitate, nefiind dovedită sau infirmată în mod categoric. Nou-născuții pot fi afectați de infecția COVID-19 perinatal sau postnatal, cu consecințe grave uneori, chiar soldate cu deces. Infecția cu SARS-CoV-2 poate fi severă în timpul sarcinii și este asociată cu risc crescut de naștere prematură, adesea fiind complicată de alte incidente specifice-hipoxia sau preeclampsia. ARN-ul SARS-CoV-2 se găsește rar în laptele matern; cu toate acestea, anticorpii anti-SARS-CoV-2 sunt detectabili în laptele matern la 83% dintre mamele pozitive COVID-19, prin urmare, alăptarea este încurajată. Contactul cu mama infectată crește riscul de apariție tardivă a infecției cu SARS-CoV-2 (vârsta >72 h), probabil prin transmitere respiratorie, deoarece alăptarea nu este un factor de risc dovedit.



## Boala severă și COVID-19 prelungit (long-COVID) la copii

Copiii și adolescenții pot prezenta simptome clinice prelungite (cunoscute ca „stare post- COVID„ sau sechele ale infecției cu SARS-CoV-2); frecvența și caracteristicile acestor afecțiuni sunt încă sub ancheta studiilor clinice. Simptomele persistente post-COVID constau într-un amplu spectru de manifestări în cadrul populației pediatrice, cu simptome persistente, eterogene și recurente, cu o durată de peste patru săptămâni de la data confirmării infecției cu SARS-CoV-2. 10 simptome au fost cele mai frecvente în spectrul bolii ușoare post-COVID: dificultăți cognitive, cefalee, oboseală, febră, mialgie, tuse, dispnee, dureri abdominale, diaree și anosmie/simț alterat al mirosului. Alte semne și simptome declarate de pacienți sau obiectivate la aceștia au fost: pierderea poftei de mâncare, greață, vărsături, constipație, probleme la înghițire, dureri articulare, dureri în piept, congestie nazală, oboseală/slăbiciune, frisoane, palpitații, otalgie/acufene, parestezii, hipersomnie, apatie, depresie, tristețe, modificări ale dispoziției, anxietate, erupții cutanate de tip vezicule/peeling al pielii, voce răgușită, probleme de comunicare, vedere încețoșată, căderea părului.

Deasemenea, semne și simptome severe într-un procent semnificativ al pacienților pediatrici post-infecție COVID-19, care pot mima sindromul șocului toxic sau un complex de semne similare bolii Kawasaki. Majoritatea copiilor care prezintă astfel de manifestări necesită spitalizare de lungă durată, tratament specific, uneori supraveghere și suport cardiovascular și respirator în secțiile ATI.

# MAGLUMI® X3

ANALIZOR AUTOMAT CHEMILUMINESCENTA MAGLUMI X3

CAPACITATE: 200 TESTE/H
REACTIVI LA BORD: 20
PROBE LA BORD: 72
ÎNCĂRCARE CONTINUĂ, STAT
CITIRE REACTIVI RFID

# MAGLUMI X8

ANALIZOR AUTOMAT CHEMILUMINESCENTA MAGLUMI X8

CAPACITATE: 600 TESTE/H
REACTIVI LA BORD: 42
PROBE LA BORD: 300
ÎNCĂRCARE CONTINUĂ, STAT
CITIRE REACTIVI RFID

SC AVENA MEDICA SRL
Niță Elinescu nr 56-58, Sector 3, București, cod 031871
Mobil: 0726.750.780; 0720.070.165; 0720.070.168; 0726.750.775, 0726.750.778, 0720.070.167
Tel./ Fax: 031.405.42.09; 031.405.42.10;
E-mail: avenacomenzi@yahoo.com; Site: www.avena-medica.com, www.avena.ro

# 166 TESTE DISPONIBILE ÎN MENIUL X3/X8

## Thyroid

TSH (3rd Generation)
T4
T3
FT4
FT3
Tg (Thyroglobulin)
TGA (Anti-Tg)
Anti-TPO
TRAb
TMA
Rev T3
*T-Uptake

## Hepatic Fibrosis

HA
PIIIP N-P
C IV
Laminin
Cholyglycine

## TORCH

Toxo IgG
Toxo IgM
Rubella IgG
Rubella IgM
CMV IgG
CMV IgM
HSV-1/2 IgG
HSV-1/2 IgM
HSV-2 IgG
*HSV-2 IgM
*HSV-1 IgG
*HSV-1 IgM

## EBV

EBV EA IgG
EBV EA IgA
EBV VCA IgG
EBV VCA IgM
EBV VCA IgA
EBV NA IgG
EBV NA IgA

## Inflammation Monitoring

hs-CRP
PCT (Procalcitonin)
IL-6 (Interleukin 6)
SAA(Serum Amyloid A)

## Fertility

FSH
LH
HCG/β-HCG
PRL (Prolactin)
Estradiol
Testosterone
free Testosterone
DHEA-S
Progesterone
free Estriol
17-OH Progesterone
AMH
SHBG
Androstenedione
*PlGF
*sFlt-1

## Hypertension

Direct Renin
Aldosterone
Angiotensin I
Angiotensin II
Cortisol
ACTH

## Autoimmune

Anti-CCP
Anti-dsDNA IgG
ANA Screen
ENA Screen
Anti-Sm IgG
Anti-Rib-P IgG
Anti-Scl-70 IgG
Anti-Centromeres IgG
Anti-Jo-1 IgG
Anti-M2-3E IgG
Anti-Histones IgG
Anti-nRNP/Sm IgG
Anti-SS-B IgG
Anti-SS-A IgG
TGA(Anti-Tg)
Anti-TPO
TRAb
TMA
ICA
IAA(Anti Insulin)
GAD 65
Anti-IA2
*Anti-Cardiolipin IgG
*Anti-Cardiolipin IgM
*Anti-MPO

## Immunoglobulin

IgM
IgA
IgE
IgG

## Tumor Markers

AFP
CEA
Total PSA
f-PSA
CA 125
CA 15-3
CA 19-9
PAP
CA 50
CYFRA 21-1
CA 242
CA 72-4
NSE
S-100
SCCA
TPA-snibe
ProGRP
HE4
HER-2
PIVKA-II

## Infectious Disease

HBsAg
Anti-HBs
HBeAg
Anti-HBe
Anti-HBc
Anti-HCV
Syphilis
Anti-HAV
HAV IgM
HIV Ab/Ag Combi
Chagas
HTLV I+II
H.pylori IgG
H.pylori IgA
H.pylori IgM
2019-nCoV IgG
2019-nCoV IgM
SARS-CoV-2 S-RBD IgG
SARS-CoV-2 Neutralizing Antibody
SARS-CoV-2 Ag
*Anti-HBc IgM

## Drug Monitoring

Digoxin
CSA (Cyclosporine A)
FK 506 (Tacrolimus)

## Kidney Function

$\beta_2$-MG
Albumin
*NGAL

## Cardiac

CK-MB
Troponin I
Myoglobin
hs-cTnI
H-FABP
NT-proBNP
BNP
D-Dimer
Lp-PLA2
*MPO

## Metabolism

Pepsinogen I
Pepsinogen II
Gastrin-17
GH (hGH)
IGF-I
IGFBP-3

## Prenatal Screening

AFP(Prenatal Screening)
Free β-HCG
PAPP-A
free Estriol

## Anemia

Vitamin B12
Ferritin
Folate (FA)
*RBC Folate
*EPO

## Glyco Metabolism

C-Peptide
Insulin
GAD 65
Anti-IA2
ICA
IAA (Anti Insulin)
Proinsulin

## Bone Metabolism

Calcitonin
Osteocalcin
25-OH Vitamin D
Intact PTH
*β-CrossLaps (β-CTx)
*total P1NP

* Available soon


SC AVENA MEDICA SRL
Niță Elinescu nr 56-58, Sector 3, București, cod 031871
Mobil: 0726.750.780; 0720.070.165; 0720.070.168; 0726.750.775, 0726.750.778, 0720.070.167
Tel./ Fax: 031.405.42.09; 031.405.42.10;
E-mail: avenacomenzi@yahoo.com; Site: www.avena-medica.com, www.avena.ro

# Diagnosticul precoce al infecțiilor tractului urinar

La nivel mondial, infecțiile tractului urinar (ITU) afectează anual circa 150 milioane de persoane, fiind unul dintre cele mai frecvente tipuri de infecții bacteriene. Acest număr impresionant de infecții duce la un număr de milioane de consulații medicale, atât pentru pacienții internați cât și pentru cei care se prezintă în ambulator, dar și la costuri ridicate din bugetul alocat sănătății, precum și la costuri sociale semnificative. Calea patogenică a infecției urinare poate fi extraluminală, prin contaminarea microbiană a zonei periuretrale și colonizarea ulterioară spre vezica urinară sau intraluminală, prin colonizarea tractului urinar de la cateterele urinare, astfel încât ITU reprezintă unele dintre infecțiile nozocomiale majore.

**Dr. Monica Ioanițescu**
Director Marketing
Top Diagnostics

Infecțiile tractului urinar înalt cât și infecțiile urinare joase, pot avea o simptomatologie diversă sau pot fi asimptomatice, iar pentru un diagnostic corect, sunt necesare atât anamneza pacientului cât și investigații de laborator. Cu toate acestea, diagnosticul clinic se folosește pe scară largă în multe țări, deși nu este întotdeauna exact.

”Escherichia coli uropatogenă” este cea mai frecventă bacterie care provoacă ITU, atât în varianta complicată cât și necomplicată, însă alături de aceasta dau infecții urinare o serie de bacterii Gram negative și Gram pozitive, precum și o serie de fungi.

Probele cu suspiciune de infecție a tractului urinar aglomerează activitatea laboratorul clinic, deși, de cele mai multe ori, până la 80% dintre acestea se dovedesc a fi negative. Acești pacienți vor fi tratați inutil și empiric cu antibiotice de spectru larg, ceea ce favorizează apariția microorganismelor rezistente la antibiotic. Doar aproximativ 17% dintre pacienții cu suspiciune de ITU și care primesc tratament cu antibiotic au fost testate anterior printr-un examen de urină corect, astfel încât adesea se recomandă un alt antibiotic pentru tratarea adecvată a infecției.

## Detecția particulelor urinare prin citometrie în flux cu fluorescență

Seria de analizoare Sysmex UF utilizează citometria în flux cu fluorescență și focusarea hidrodinamică pentru detecția celulelor și particulelor urinare, inclusiv bacterii, levuri, eritrocite, leucocite și alte elemente din urină și lichide biologice de puncție în cele 2 canale de măsură. Printr-o tehnologie similară aparatelor automate de hematologie Sysmex, dar adaptată diluției și compoziției urinei, seria de analizoare UF clasifică particulele celulare și acelulare din urină pe baza unor semnale obținute prin interacțiunea acestora cu o rază laser și apoi decodarea semnalelor care măsoară dimensiunea particulei, complexitatea structurii interne, conținutul de acid nucleic ale acestora. Eritrocitele sunt în mod special diferențiate de cristalele prezente în urină cu ajutorul unui filtru de depolarizare din structura sistemului optic al aparatelor UF.

În mai puțin de 1 minut analizoarele UF furnizează informații calitative și cantitative referitoare la prezența bacteriilor în proba de urină, inclusiv numărătoarea bacteriilor și alte informații.

Probele de urină cu suspiciune ITU sunt marcate cu flag-ul UTI-info, generate pe baza numărătorii bacteriilor și a leucocitelor din probă, pentru finalizarea cu acuratețe a diagnosticului.

## Diferențierea ITU înalte de cele joase

Prezența în urină a celulelor epiteliale tubulare renale (RTEC) este un indicator al afectării renale sau a injuriei tubulare și reprezintă un potențial marker de diagnostic, atunci când alți parametri nu sunt concludenți.

## Testarea sensibilității la antibiotic cu analizoare UF

Realizarea antibiogramei este obligatorie pentru identificarea antibioticului potrivit în tratarea unei infecții și evitarea dezvoltării rezistenței antimicrobiene. De cele mai multe ori această procedură este însă de lungă durată.

O soluție propusă pentru accelerarea identificării antibioticului potrivit pentru tratarea țintită a unui pacient este utilizarea analizoarelor UF: în medii de cultură lichide pentru bacterii în care se adaugă diferite antibiotice de testat, se inoculează cu culturi bacteriene de la pacienții de testat. Se lasă la incubat până la 4 ore, apoi se determină pe UF concentrația bacteriană din fiecare probă. Se obține o sensibilitate de 83,3 % și o specificitate de 100% care permit diferențierea între E. coli și Klebsiella pneumoniae colistin rezistentă.

**Concluzii**

Ținând cont de numărul mare de pacienți cu suspiciune de ITU care se prezintă la medic și care în final nu se confirmă, se consideră că diagnosticul diferențial al acestora se poate îmbunătăți prin utilizarea citometrului în flux UF, care scurtează timpul de obținere a diagnosticului etiologic. De asemenea, prin includerea analizorului UF în fluxul de diagnostic al ITU, se previne administrarea în orb a antibioticelor și se susține utilizarea țintită și rațională a antibioticelor adecvate.

# Fibrilația Atrială la pacientul cu Diabet Zaharat

Fibrilația atrială (FA), este considerată cea mai frecvent întâlnită aritmie cardiacă și se asociază cu un risc crescut de: accident vascular cerebral (AVC), tromboembolism, insuficiență cardiacă (IC) și cu creșterea numărului de reinternări în spital, ale pacienților care prezintă această aritmie.

**Anda Gabriela Militaru [1 2], Marius Militaru [*1 2], Daniel Florin Lighezan [1 2], MD, PhD**
[1]Universitatea de Medicină și Farmacie Victor Babeș Timișoara,
[2]Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara

Fibrilația atrială, reprezintă în continuare o provocare pentru medici, pacienți și pentru sistemele de sănătate de la nivelul întregului glob. Complexitatea mecanismelor întâlnite în FA, necesită o abordare multidisciplinară.

În ultimii ani, s-au înregistrat progrese importante în diagnosticul și managementul FA, de aceea disponibilitatea instrumentelor de screening pentru FA este într-o creștere rapidă, astfel încât este nevoie să cunoaștem aceste metode foarte utile înstabilirea tipurilor depacienți la care acestscreening să fie benefic.

În ceea ce privește Diabetul zaharat (DZ) de tip II, acesta este unul dintre cele mai frecvente afecțiuni cronice medicale, iar studiile au arătat că și prevalența acestuia este într-o continuă creștere. Se preconizează că până în 2035,numărul pacienților cu DZ va crește la 592 de milioane.

Studiile care au evaluat pacienții cu DZ si FA, au arătat că DZ este frecvent asociat cu FA. Este foarte greu de precizat dacă diabetul afectează în mod direct țesutul atrial și contribuie la apariția FA, sau dacă sunt implicate mecanisme diferite, inclusiv: boală coronariană,

hipertensiune arterială (HTA), sau este vorba despre activitatea anormală a sistemului nervos autonom.

FA este cea mai intalnită tulburare de ritm cardiac la pacienții cu DZ. Se prevede că 1 din 4 persoane, cu vârsta de 40 de ani, o sa fie diagnosticată cu FA la un moment dat.

De asemenea este cunoscut faptul că FA este o boală progresivă, care poate debuta sub formă de episoade paroxistice, care ulterior pot deveni episoade frecvente, iar la un anumitmoment FA poate deveni o aritmie permanentă.

Managementul pacienților cu FA se bazează pe o coordonare și o îngrijire individualizată a acestor pacienți incluzând: utilizarea medicamentelor necesare pentru cardioversie, controlul frecvenței ventriculare, proceduri electrofiziologice de ablație, scopul fiind de a oferiun tratament optimizat și a îmbunătăți prognosticul pacientului cu FA.

DZ este considerat una dintre cele mai frecvente afecțiuni medicale cronice și este demonstrat faptul că reprezintă un factor de risc important în dezvoltarea FA. Prezența diabetului la pacienții cu FA, se asociază cu creșterea incidenței de apariție a simptomelor, dar și cu creșterea mortalității cardiovasculare și cerebrovasculare.

FA reprezintă un factor de risc major pentru dezvoltarea unui AVC. Riscul de AVC la pacienții cu FA crește odată cu vârsta: conform studiilor existente până în prezent, riscul este de 1,5% la persoanele cu vârsta între 50-59 de ani, respectiv 23,5% lapersoanele cu vârste cuprinse între 80 și 89 de ani. FA crește riscul de evenimente vasculare cerebrale de 5 ori sipoate să fie responsabilădeaproximativ 15-20 % din toate AVC– urile de la nivel național.

Persoanele cu FA, cu o durată a DZ de 3 sau mai mulți ani de la diagnostic, au avut de 1,74 ori mai multe AVC decât cele cu DZ de durată mai scurtă.

Incidența dezvoltării accidentului vascular ischemic, după un an de la declanșarea FA, este independent de tipul de FA. Totuși incidența a fost mai mare la pacienții care au prezentat episoade de FA paroxistică, urmată de cei care au FA permanentă, iar cel mai scazut procent a fost observant la pacienții care au prezentat FA persistentă.

Incidența AVC este mai crescută la persoanele cu vârsta peste 65 de ani, iar 51% dintre barbați si 53% dintre femeile sub 65 de ani, care au suferit un AVC mor în decurs de 8 ani, de la eveniment. De asemenea timpul de recuperare dupa un AVC depinde de severitatea acestuia, iar 50-70% dintre pacienții, care reușesc să supraviețuiască unui AVC, își recapătă independența funcționalădupa 3 luni de la eveniment.

DZ este un factor de risc independent pentru FA. Aparitia FA este de cel puțin de două ori mai frecventă la pacienții cu DZ, în comparație cu persoanele care nu au DZ. Odată cu creșterea severității complicațiilor microvasculare de tipul (boală renală, retinopatie) incidența FA crește. Ambele tipuri deDZ:tip 1 șitip 2, sunt factori de risc pentru declanșarea unui AVC.FA este mai frecventă in rândul barbaților, față de femei, iar incidența crește semnificativ o dată cu înaintarea în vârstă. Studiiledemografice, sugerează o triplare a incidenței apariției FA, în rândul populației, în următorii 40 de ani.

# Insuficiența cardiacă – principala cauză de mortalitate mondială

Insuficiența cardiacă nu este o afecțiune singulară, ci un sindrom clinic manifestat prin semne și simptome specifice. Patologia cardiovasculară reprezintă principala cauză de mortalitate și morbiditate mondială, iar insuficiența cardiacă reprezintă una dintre principalele cauze de deces la nivel global, decompensările cardiace fiind printre primele cauze de admisie în unitățile de terapie acută coronarieni. In Romania, insuficiența cardiacă reprezintă principala cauză de spitalizare la adulți, reprezentând aproximativ 150.000 de spitalizări pe an, și una din principalele cauze de deces. Astfel că, în fiecare oră 5 pacienți sunt diagnosticați cu insuficiență cardiacă, se efectuează 12 internări și se înregistrează 1 deces din această cauză.

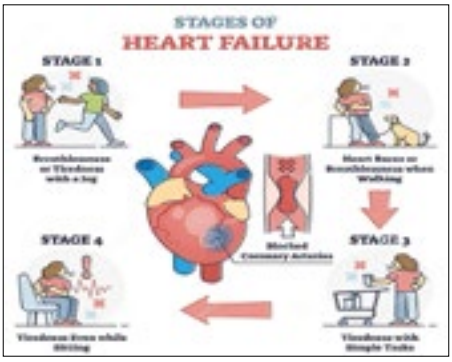
**As. Univ. Dr. Alice Munteanu**
Medic primar cardiologie,
Medic primar medicină internă SCUMC „Dr. Carol Davila"

**Dr. Iulia Theodora Ioniță**
Medic rezident,
SCUMC „Dr. Carol Davila"

**Dr. Irina Ispas**
Medic specialist geriatrie,
Sp. Județean Călărași


În anul 2021 Societatea Europeană de Cardiologie a venit în întâmpinarea medicilor practicieni cu recomandări de actualizare în vederea îndrumării unui management corect, personalizat, bazat pe dovezi clinice solide, în funcție de etiologia specifică și asociată. Acesta este structurat astfel încât să ghideze clinicianul în vederea enunțării diagnosticului de certitudine și inițierii terapiei de specialitate, și mai puțin centrat pe prevenție. De menționat că Societatea Europeană de Cardiologie a emis un ghid specific pentru prevenția bolilor cardiovasculare tot în anul 2021.

Sunt trei obiective pe care fiecare clinician trebuie să le îndeplinească în abordarea față de fiecare pacient: reducerea mortalității, prevenția recurențelor reinternării în spital din cauza decompensărilor cardiace și îmbunătățirea statusului clinic, a capacității funcționale și a calității vieții.




Deficiența de fier sau sindromul anemic sunt două modificări biologice frecvent întâlnite în practica curentă. 80% din pacienții cu insuficiență cardiacă acută prezintă și deficiență de fier din diverse cauze și până la 55% din cei cu insuficiență cardiacă cronică. Astfel, pentru toți pacienții trebuie să se efectueze regulat screeningul pentru deficiența de fier.

Pacienții diagnosticați cu neoplazie trebuie să efectueze anterior inițierii de chimioterapie consult cardiologic, de preferat de către o echipă specializată în cardio-oncologie, independent de istoricul CV.

Incidența și prevalența insuficienței cardiace este într-o continuă creștere. Mulți dintre aceștia dezvoltă faze avansate de boală cu persistența simptomatologiei independent de tratamentul maximal instituit, din cauza creșterii ratei de supraviețuire și a tratamentelor specializate nou apărute. Totuși prognosticul este încă rezervat, cu o mortalitate la un an de 25% până la 75%.

# Infecțiile osoase (osteomielita)

Osteomielita acută este infecția osului și a măduvei osoase produsă pe cale hematogenă. Debutează de regulă cu o simptomatologie zgomotoasă.

**Tomoaia Gheorghe** [1,2],

**Focsa Laurentiu** [1],

**Mang Ionel-Marius** [1],

[1] Departamentul de Ortopedie și Traumatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, România

[2] Academia Română de Științe, Splaiul Independenței, nr. 54, București

**Osteomielita acută hematogenă** este o boală specifică copilăriei și afectează cu predilecţie grupa de vârstă cuprinsă între 5-15 ani.

Totuși, ea poate fi întâlnită și sub vârsta de 5 ani, precum și după vârsta de 15 ani, cu o frecvenţă mai scăzută.

În ultimul timp este destul de frecventă și la sugari, datorită contaminării cu tulpini de stafilococ din mediul intraspitalicesc, rezistente la antibiotice.

Având în vedere frecvența ridicată la vârsta cuprinsă între 5 – 15 ani, în care creșterea este cea mai accentuată, a fost denumită și "osteomielita acută a perioadei de creștere".

**Etiologie**. Agentul patogen cel mai frecvent întâlnit este, în proporţie de 80% din cazuri, staphylococus aureus, dar se poate întâlni și stafilococul alb sau citrin, în proporţie de 10%. Pătrunderea stafilococului în organism se face printr-o leziune a tegumentului sau mucoaselor sau de la nivelul unui focar septic.

Focarele septice pe unde stafilococul poate ajunge la nivelul osului sunt: abcese cutanate, furuncul, angină, otită, plagă infectată, piodermită etc.

De cele mai multe ori poarta de intrare nu poate fi precizată.

Însă, ea poate fi prezentă cu 2-3 săptămâni înainte de debutul osteomielitei, fiind definită, din acel moment, ca și un proces infecţios banal. La nou născut leziunea iniţială este dată de o plagă ombilicală sau de un abces mamar.

De la locul de intrare are loc vehicularea hematogenă, fără a se constata ma-nifestări clinice locale.

Localizarea osoasă a stafilococului este favorizată de scăderea rezistenţei generale a organismului în urma unor:

- boli anergizante;
- avitaminoze;
- traumatisme locale;
- oboseală etc.

## Tratamentul osteomielitei acute

Osteomielita acută diagnosticată și tratată în primele zile de la debut se vin-decă cu restitutio ad integrum.

Este de preferat un diagnostic precoce și un tratament energic de la început pentru a preveni complicaţiile ulterioare.

## Tratamentul osteomielitei acute urmărește:

**a.** distrucţia sau împiedicarea înmulţirii agentului patogen
**b.** evitarea distrugerii reacţiilor locale de apărare
**c.** vindecarea fără sechele funcţionale
**d.** evitarea cronicizării bolii
**e.** intervenţii asupra leziunilor locale.

## Aceste deziderate se realizează prin:

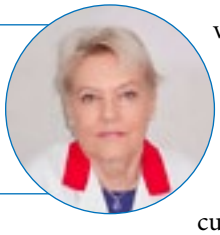
**1.** antibioterapie
**2.** evitarea terapiilor locale agresive
**3.** tonice generale de susţinere
**4.** imobilizare pentru a pune în repaus focarul respectiv

**Tratamentul osteomielitei acute** presupune administrarea de antibiotice țintit conform antibiogramei, rareori când se impune tratament chirurgical.

# Importanța kinetoterapeutului într-o secție de neonatologie

Terapia fizică neonatală presupune o supraspecializare în această branșă, deci o pregătire deosebită. Examinarea nou-născutului (nn) în sectorul ATI necesită și prezența kinetoterapeutului, existând o coordonare a întregii echipe, ceea ce include teste și măsurători ale prematurului.

**Dr. Ligia Robănescu,**
Medic primar RMFB, specializată în recuperare neuropediatrică - Cabinetul de recuperare medicală Ina Therapy



Evaluarea examinării permite terapeutului să aprecieze starea de stabilitate, vârsta gestațională, diagnosticul și eventual problemele familiale. Urmează stabilirea unei atitudini terapeutice.

Precizarea unui prognostic în ATI este dificilă și deseori depinde de modificări în maturizarea developmentală.

Intervențiile asupra copilului necesită coordonare, comunicare, documentare și instruire pentru întreaga echipă.

Terapia fizică intervine pentru poziționări adecvate, maturizarea schemei corporale, manipulări individualizate, eventual fabricarea unor orteze sau îngrijirea unor afecțiuni tegumentare.

Rolul kinetoterapeutului include și legătura cu familia copilului, care ar fi bine să asiste la manevrele de îngrijire ale sugarului și să ia parte la ele.

Interacțiunea cu familia contribuie la reducerea unei viitoare izolări sociale, micșorează dificultățile financiare, ameliorează sentimentul de siguranță odată ajuns copilul acasă.

Comunicarea familiei cu membrii echipei de la neonatologie este foarte importantă pentru tranziția în mediul familial.

Kinetoterapeutul trebuie să acorde atenție unor elemente stresante pentru copil cum ar fi sunetele înalte, lumina excesivă, manevrele bruște, inadecvate, întreruperea ciclurilor de somn ale nn.

De asemenea intervine cu sugestii pentru aceste probleme și oferă sfaturi cum ar fi modul de alimentare al copilului, îmbrăcarea sau alte situații pentru eliminarea elementelor de stres pentru părinți.

Terapeutul trebuie să înțeleagă tiparul fiziologic al nn în funcție de vârsta gestațională, evoluția motorie ulterioară din punct de vedere al tonusului postural, schema motorie, stabilitatea comportamentală.

Pentru noul născut sub 23 – 24 săptămâni, terapeutul necesită deținerea unei competențe pentru asistența acestor copii.

Copiii născuți între 34 – 36 săptămâni au un mod diferit de dezvoltare; terapeutul intervine diferențiat în funcție de vârsta gestațională, după un plan adecvat.

Experiențele precedente cu nn ale terapeutului cu copii născuți la termen, sau cu copii cu deficiențe motorii, îl vor ajuta în evaluarea prematurului și pentru instruirea familiei.

De exemplu, terapeutul trebuie să știe că modul de flexie fiziologică al nn la termen, nu se va întâlni la prematurii sub 32 de săptămâni. Aceștia au un tonus muscular scăzut, o aparentă hipotonie.

Acești nn prezintă de obicei o postură în extensie, cu inabilitatea de a-și aduce extremitățile spre linia mediană sau în flexie.

Cunoașterea acestui tonus muscular prezent la nn sub 32 de săptămâni este cheia înțelegerii dezvoltării necesare în următoarele 2-3 luni, urmărindu-se dezvoltarea flexiei fiziologice.

Copiii internați la ATI cu enterocolită necrozantă sau cu sindromul de abstinență (ai căror mame s-au drogat cu opiacee) pot fi născuți la termen dar dezvoltarea funcțională este afectată.

# „Una din zece persoane adulte are diabet zaharat"

Prevalența diabetului zaharat a crescut foarte mult în ultimii ani. Ultimele date, de la sfârșitul anului trecut, arată că la nivel mondial sunt peste 537 milioane de persoane cu diabet zaharat și numărul acestora este într-o continuă creștere. Practic, una din zece persoane adulte are diabet zaharat. Mai mult, una din două persoane adulte are diabet zaharat și nu este diagnosticată; aceste persoane nediagnosticate, și prin urmare netratate, au risc de apariție a complicațiilor diabetului, care sunt ireversibile și invalidante. Screening-ul pentru diabet zaharat este foarte simplu, este necesară o glicemie pe nemâncate la orice adult cu vârsta de peste 45 ani; determinarea glicemiei trebuie repetată o dată la trei ani.

**Prof. Univ. Dr. Bogdan Mihai,**
Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa" Iași

Riscul de hipoglicemie apare la pacientul cu diabet zaharat atunci când folosește anumite medicamente; este vorba despre insulină și unele antidiabetice orale care stimulează secreția pancreatică de insulină. Hipoglicemiile pot avea consecințe clinice (cardiovasculare și cerebrale) uneori dramatice, consecințe economice, și uneori și consecințe psihologice: pacientul care a experimentat o hipoglicemie preferă să stea de multe ori pe glicemii mai mari, pentru a evita repetarea unui astfel de episod, cu consecințe nefaste pe termen lung și cu risc de apariție în timp a complicațiilor cronice ale diabetului. Din fericire, avem astăzi la dispoziție medicamente noi, inclusiv insuline, cu un risc mult redus de hipoglicemie.

Principala cauză a apariției obezității și a diabetului zaharat tip 2 este stilul de viață dezordonat, cu alimentație dezechilibrată și absența activității fizice. Alimentația hipercalorică, cu exces de lipide saturate, dulciuri concentrate, preparate de tip „fast food", stă la baza tulburărilor metabolice care vor duce atât la obezitate cât și la diabet zaharat. Se impun măsuri urgente, atât la nivel individual cât și populațional, pentru educarea în vederea unui stil de viață sănătos.

Medicația incretinică (administrate intravenos) are multiple avantaje: putem obține un bun control glicemic fără risc de hipoglicemie; în plus, o parte dintre aceste medicamente determină și scădere în greutate, ameliorarea profilului lipidic și scăderea tensiunii arteriale. Majoritatea persoanelor cu diabet zaharat tip 2 (peste 85-90%) sunt supraponderale sau obeze. Întrucât multe dintre medicamentele antidiabetice „clasice" determinau creștere în greutate, noile medicamente care, pe lângă un bun control glicemic, determină și scădere în greutate sunt cu atât mai binevenite. Unii reprezentanți ai acestei clase au demonstrat și protecție cardiovasculară, adică determină scăderea riscului de apariție a evenimentelor cardiovasculare (accident vascular cerebral, infarct de miocard, deces de cauză cardiovasculară). Mai mult, unele dintre aceste medicamente au primit recent și aprobare pentru a fi folosite în tratamentul obezității, chiar și la pacienți fără diabet zaharat.

# Reducerea masei osoase la pacienții neurologici

Reducerea accentuată a masei osoase și creșterea incidenței fracturilor osteoporotice la pacienții neurologici reprezintă complicații frecvente și factori de prognostic nefavorabil. Acest aspect a fost studiat în special la persoanele care au suferit accidente vasculare cerebrale (AVC) sau traumatisme vertebro-medulare (TVM).

**Conf. Univ. dr. Florina Ligia Popa**
Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu, Facultatea de Medicină
Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu, Secția clinică Reabilitare Medicală I

Studiile clinice au demonstrat reducerea masei osoase cu 1,6% la 1 an după un AVC și apariția fracturilor pe fond osteoporotic, în special a celei de col femural, în medie la 5-6 ani după un AVC. Fracturile apar la 62,5% din cazuri pe partea paralizată și determină agravarea prognosticului. Astfel 31,8% din pacienții deplasabili înaintea fracturii devin nedeplasabili.

Alte date statistice evidențiază că 16-38% din pacienții operați pentru fractură de col femural au suferit un AVC în antecedente. S-a constatat creșterea de peste 4 ori a riscului de fractură de șold după spitalizare pentru AVC comparativ cu populația generală.

| **Factorii determinanți ai reducerii masei osoase la pacienții neurologici sunt:** |
|---|
| factorii carențiali |
| vârsta înaintată |
| imobilizarea |
| severitatea și persistența deficitului motor |
| lipsa activităților cu încărcarea greutății corporale |
| deteriorarea sistemului nervos neuro-vegetativ |
| medicația cronică (anticoagulante, anticonvulsivante, glucocorticoizi) |
| comorbiditățile (boli endocrine, afecțiuni gastro-intestinale). |

Alt studiu efectuat la pacienții para/tetraplegici după TVM a arătat că aceștia prezintă 19% osteopenie, 61% osteoporoză, pierderea de masă osoasă fiind rapidă în primele 4 luni de la TVM iar reducerea densității minerale osoase (DMO) este direct proporțională cu gradul deficitului motor.

**Mecanismele fiziopatologice** care pot duce la apariția osteoporozei și a deficitului de vitamina D sunt sintetizate în continuare.

## Factorii carențiali

Pacienții cu AVC prezintă în general o nutriție deficitară datorită vârstei, imobilizării, tulburărilor de deglutiție, deficitelor cognitive și izolării sociale. Malnutriția poate duce la reducerea aportului de vitamina D și K, rezultând afectarea metabolismului osos. Totodată apare frecvent un deficit de vitamină B 12.

**Vârsta înaintată** predispune la un risc mai mare de a dezvolta un AVC și la deficit de vitamina D. Până la 85% dintre pacienții internați la reabilitare

medicală sunt deficienți de vitamina D.

**Imobilizarea** determină reducerea rapidă și severă a masei osoase. Se poate produce o pierdere a unei treimi din masa osoasă după o imobilizare completă de 6 luni.

Imobilizarea reprezintă principalul trigger al tulburărilor metabolice osoase, lipsa activității musculare ducând la pierderea stresului mecanic asupra osului. Hipercalcemia antrenează modificări endocrine, și anume reduce puternic secreția de hormon paratiroidian (PTH). Totodată hipercalcemia blochează hiperparatiroidismul compensator, făcând efectul deficitului de vitamina D mai evident.

**Hipovitaminoza D** se instalează după primele 3 săptămâni de imobilizare și apare datorită reducerii expunerii la soare și aport alimentar scăzut și determină apariția unui dezechilibru metabolic osos cu creșterea resorbției osoase.

**Deficitul de vitamină K** poate fi implicat în reducerea masei osoase post AVC.

Deficitul de vitamina K, în special vitamina K 1, a fost constatat la pacienții hemiplegici și a fost asociat cu un risc crescut de fractură de șold pe partea paretică.

**Severitatea și persistența deficitului motor și lipsa activităților cu încărcarea greutății** corporale accentuează pierderea de masă osoasă prin lipsa contracțiilor musculare.

**Deteriorarea sistemului neuro-vegetativ** este parțial responsabilă de apariția osteoporozei prin inducerea de modificări vasculare.

**Consumul cronic de medicamente** favorizează demineralizarea osoasă, acționând prin diferite mecanisme.

**Anticoagulantele** reduc activitatea osteoblastică, rezultând scăderea formării osoase.

Efectul tratamentului prelungit cu heparină poate să ducă la pierdere de masă osoasă.

**Profilaxia și tratamentul** se pot realiza prin instituirea mijloacelor farmacologice și nonfarmacologice.

## Educarea pacientului

Pacienții trebuie să fie educați în ceea ce privește aportul nutrițional adecvat, a beneficiilor mobilizării timpurii, a prevenirii căderilor și fracturilor.

**Managementul pentru combaterea hipercalcemiei** de imobilizare implică reducerea resorbției osoase. S-a dovedit că bisfosfonații sunt inhibitori puternici ai resorbției osoase și reduc eficient hipercalcemia și pierderea DMO la pacienții cu AVC sau TVM. Tratamentul cu bisfosfonați trebuie inițiat din primul an după AVC, având în vedere pierderea mare de masa osoasă. Suplimentarea cu vitamina D, B 12 și folat este sigură și eficientă în prevenirea fracturilor de șold la pacienții cu AVC sechelar.

Instituirea cât mai precoce a **reabilitării medicale** în vederea restabilirii pe cât posibil a condițiilor inițiale fiziologice și biomecanice este esențială. Principalele mijloace care pot fi utilizate sunt:

- Mobilizarea precoce
- Ortostatismul și mersul asistat
- Mobilizările pasive
- Exerciții fizice cu încărcarea greutății corporale
- Electrostimulare - pentru efectul local asupra creșterii DMO și a forței musculare
- Ultrasonoterapia pulsatilă poate reprezenta un stimul osteogenic, eficace în prevenirea reducerii de masă osoasă.

**Concluzii**

La pacienții neurologici, reducerea masei osoase și deficitul de vitamina D nu sunt recunoscute și tratate în mod adecvat. Gestionarea acestor pacienți necesită o evaluare atentă a riscurilor. Severitatea și persistența deficitului motor ar trebui considerată un factor cheie, evaluarea DMO și a nivelului seric de vitamină D fiind necesare în vederea instituirii unui tratament adecvat profilactic și curativ.

# Importanța nutriției în bolile inflamatorii intestinale?

Dieta este un subiect neglijat atunci când se discută tratamentul bolilor inflamatorii intestinale (BII), chiar dacă reprezintă una dintre cele mai frecvente întrebări pe care acești pacienți ni le adresează. Ea face parte dintre factorii potențial modificabili, alături de tutun și consumul de antibiotice. Alimentația intervine în toate etapele acestei boli, de la prevenție până la tratament și recidivă, lucru resimțit de majoritatea pacienților. Din păcate însă, nu avem întotdeauna răspunsul la întrebările adresate și de cele mai multe ori sfatul oferit este – Mâncați sănătos.

**As. Univ. Dr Teodora Manuc,**
medic specialist gastroenterolog, UMF „Carol Davila", Gastroenterologie si Hepatologie, Institutul Clinic Fundeni, Bucuresti

**Șef Lucrări, Dr Carmen Preda,**
medic primar gastroenterolog, UMF „Carol Davila", Gastroenterologie si Hepatologie, Institutul Clinic Fundeni, Bucuresti


În mod evident, este important să subliniem dacă există beneficii ale introducerii unor diete specifice sau restricții dietetice, întrucât menținerea unei remisiuni prelungite fără a folosi multiple linii terapeutice este o țintă importantă. Cele două forme de BII, colita ulcerativă (UC) și boala Crohn (BC) pot afecta segmente foarte diferite de intestin, astfel încât răspunsul la dietele inițiate să fie la fel de diferit.

## Bazele teoretice ale efectelor induse de dietă la pacienții cu BII

Calitatea și cantitatea bacteriilor prezente în tubul digestiv sunt modificate de dietă, care devine astfel un elemen cheie. Atunci când disbioza și funcția microbiană alterată interacționează cu o barieră mucozală deficitară, ca cea din BII, vor genera și perpetua inflamația. Dieta are capacitatea de a modifica structura și funcția microbiană și în același timp poa-

te să acționeze direct asupra celulelor inflamatorii. Astfel, evaluarea microbiomului intestinal individual poate aduce informații suplimentare cu privire la ce tip de alimentație este necesară pentru pacient.

Intervențiile dietetice pot ajuta prevenția BII, managementul BII în activitate sau în remisiune dar și prevenția, detecția și tratarea malnutriției care poate complica boala.

## Prevenția BII

Aportul de lapte matern, fructe și legume și un raport crescut de omega-3/6 în dietă par protectoare, în timp ce consumul de băuturi răcoritoare cu zahăr este asociat cu un risc mai mare de apariție a ambelor forme de BII. Carnea roșie pare să fie legată doar de riscul de UC, în timp ce emulsificatorii și aportul de grăsimi animale par să crească riscul de BC. Aportul de pește reduce riscul de apariție al BC, în special ca parte a unei diete mediteraneene, precum și aportul adecvat de zinc și vitamina D, în timp ce aportul de pește gras poate reduce riscul de UC.

Pacienții cu BII în remisiune au un necesar energetic și proteic similar cu cel al populației generale. Chiar și aceștia însă ar trebui evaluați de un dietetician ca parte a abordării multidisciplinare, pentru a îmbunătăți terapia nutrițională și a evita malnutriția. Nu este necesară o dietă specifică în faza de remisiune a BII. Terapia cu probiotice poate fi luată în considerare pentru tratamentul de întreținere în UC.

Activitatea bolii poate fi, de asemenea, influențată de dietă. Astfel, fibrele alimentare, un raport alimentar ridicat de acizi grași polinesaturați omega-3/6 pot scădea riscul unui puseu în ambele forme de BII. Nivelul de zinc și vitamina D au fost invers asociate cu activitatea bolii în ambele forme de BII. Dietele sărace în gluten și FODMAP pot îmbunătăți simptomele celor cu BII în remisiune.

Pentru pacienții cu boală activă, dietele pot fi restrictive și greu de menținut, cu atât mai mult cu cât pacienții sunt tineri și duc o viață activă. Pornind de la nutriția enterală exclusivă, recomandată tipic pentru BII pediatrică, s-a lărgit baza de alimente prin includerea unor categorii mai bine acceptate. Pentru BC, dintre dietele studiate cu un efect potențial benefic menționăm – nutriția enterală parțială (50% nutriție enterală, restul alimente selectate), Intoleranța dobândită la lactoză este frecventă la pacienți cu BC proximală și va justifica o dietă cu restricții în lactoză. În ciuda tuturor acestor diete studiate, nu există o dietă ideală care să poată fi recomandată pentru inducerea remisiunii la pacienții cu BII activă.

Alte măsuri dietetice importante sunt activitatea fizică regulată pentru menținerea unei mase musculare optime (exerciții de intensitate medie sau mică și de lungă durată). Sportul și dieta adecvată pot preveni obezitatea, complicație din ce în ce mai frecventă la acești pacienți. Pacienții obezi cu BII trebuie sfătuiți să scadă în greutate numai în perioadele de remisiune stabilă. Ulterior pot fi urmate din indicațiile ghidurilor actuale pentru tratamentul obezității.

Aditivii alimentari din alimentele ultraprocesate pot agrava inflamația intestinală prin multiple mecanisme. Evitarea acestora dar și limitarea consumului de zahăr, sare și grăsimi sunt elemente dietetice importante. Întrucât dietele de excludere pot conduce în timp la malnutriție, se preferă consumul de mâncare gătită în casă care să permită un control al ingredientelor și o limitare a ingredientelor ascunse. Această alimentație sănătoasă trebuie menținută chiar și în faza de remisiune pentru a preveni recidiva bolii și deficitele în nutrienți esențiali.

## Concluzii

Există o interacțiune complexă dintre dieta, microbiotă și sistemul imunitar. Trebuie reținut că acestea pot fi manipulate pentru a îmbunătăți eficiența tratamentelor, a reduce riscurile și efectele secundare asociate cu terapiile medicale tradiționale. Aceste intervenții mici pot modifica pe termen lung parcursul bolii și pe termen scurt pot ameliora simptomatologia. Chiar dacă nu există o dietă specială pentru pacienții cu BII, există mai multe diete pe care pacienții le pot experimenta pentru a găsi o opțiune care să funcționeaze pentru ei. Astfel, evaluarea dietetică și nutrițională sunt importante în managementul personalizat al acestor pacienți pentru încurajarea unei alimentații sănătoase și echilibrate.

RAZE ULTRAVIOLETE

GEROVITAL H3 DERMA+ SUN DEZVOLTĂ TEHNOLOGIA REVOLUȚIONARĂ **PHYSABLOCK**

RAZE INFRAROȘII

# EXPERTĂ ÎN SOARE.
## ȘI ÎN TOT CE E NOU SUB EL

GEROVITAL
H3 DERMA+
SUN

TEHNOLOGIA
**PHYSABLOCK**

**COMPLEX INOVATOR** DE FILTRE SOLARE ȘI PRINCIPII ACTIVE
**PROTECȚIE AVANSATĂ** ÎMPOTRIVA RADIAȚIILOR UVA, UVB, VL, IR
**ACȚIUNE EFICIENTĂ** ÎMPOTRIVA FOTOÎMBĂTRÂNIRII
**SUSȚINERE ACTIVĂ** A FIBRELOR DE ELASTINĂ ȘI COLAGEN
**TESTAT DERMATOLOGIC** PENTRU PIELE SENSIBILĂ