**ZILELE MEDICALE**

**CARACALENE**

**CONFERINȚĂ MEDICALĂ REGIONALĂ**

**EDIȚIA A XII-A**

**PROGRAM**

**VOLUM DE REZUMATE**

**13-16 octombrie 2022**

**Teatrul Național Caracal**

**COMITETUL DE ORGANIZARE**

**Dr. COSTACHE MARINACHE**

*PREŞEDINTE COLEGIUL MEDICILOR OLT*

**Ing. DOLDUREA MARIAN**

*PRIMARUL MUNICIPIULUI CARACAL*

**Dr. GHIŢĂ DĂNUŢ**

*SPITALUL MUNICIPAL CARACAL*

**Dr. POPESCU COSTIN**

*SPITALUL MUNICIPAL CARACAL*

**Dr. RADU LIVIU**

*MANAGER SPITALUL MUNICIPAL CARACAL*

**Dr. RĂDULESCU ION VIOREL**

*PREŞEDINTE ONORIFIC AMF/AMG OLT*

*VICEPREŞEDINTE COLEGIUL MEDICILOR OLT*

**Dr. UNGUREANU MIHAI**

*PREŞEDINTE AMF/AMG OLT*

**SECRETARIATUL TEHNIC – ORGANIZATORIC**

**BECIU FLORIN** – *DIRECTOR CENTRUL CULTURAL RADU ŞERBAN CARACAL*

**BÎRDU GERMINIA** - *ASIST. PRINC. SPITALUL MUNICIPAL CARACAL*

**OPREA EUGENIA** – *ASIST. PRINC. SPITALUL MUNICIPAL CARACAL*

**TĂBÂRCĂ LIANA** – *SECRETAR DACTILOGRAF I SPITALUL MUNICIPAL CARACAL*

**ŢENEA ADRIAN** – *SPECIALIST IT*

**BADEA OANA** – *SECRETAR COLEGIUL MEDICILOR OLT*

**TEHNOREDACTARE**

**TĂBÂRCĂ LIANA** – *SECRETAR DACTILOGRAF I SPITALUL MUNICIPAL CARACAL*

**BADEA OANA –** *SECRETAR COLEGIUL MEDICILOR OLT*

**COPERTA**

COPERTA 1 – COMANDOR (R) ING. **MARIN ION** *ASOCIAŢIA FIII ŞI PRIETENII CARACALULUI*

COPERTA 4 – STUDENT **GHIŢĂ MARIA-LOREDANA**, *absolvent* *UMF CRAIOVA*

**COMITETUL ŞTIINŢIFIC**

**Conf. Univ. Dr. SERGIU CAZACU**

*UMF CRAIOVA*

**Conf. Univ. Dr. CAMELIA DIACONU**

*UMF CAROL DAVILA BUCUREŞTI*

*PREŞEDINTE UNIUNEA MEDICALĂ BALCANICĂ*

**Şef Lucr. Dr. CARMEN ADRIANA DOGARU**

*UMF CRAIOVA*

**Şef Lucr. Dr. GINDROVEL DUMITRA**

*UMF CRAIOVA*

**Prof. Univ. Dr. VIORELA ENĂCHESCU**

*UMF CRAIOVA*

**Prof. Univ. Dr. DAN IONUȚ GHEONEA**

*RECTOR UMF CRAIOVA*

**Dr. DĂNUŢ GHIŢĂ**

*SPITALUL MUNICIPAL CARACAL*

*MEMBRU CRIFST/DIS – ACADEMIA ROMÂNĂ*

**Conf. Univ. Dr. SEVASTIȚA IORDACHE**

*UMF CRAIOVA*

**Conf. Univ. Dr. CONSTANTIN KAMAL**

*UMF CRAIOVA*

**Şef Lucr. Dr. DANIELA TEODORA MARIA**

*UMF CRAIOVA*

**Prof. Univ. Dr. CONSTANTIN MARICA**

*UMF CAROL DAVILA BUCUREŞTI*

**Prof Univ. Dr. DAN MĂLĂESCU**

*DECAN FACULTATEA DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ TG. JIU*

*UNIVERSITATEA TITU MAIORESCU BUCUREŞTI*

**Prof. Univ. Dr. FLORIN MIHĂLŢAN**

*UMF CAROL DAVILA BUCUREŞTI*

**Prof. Univ. Dr. EUGEN MOŢA**

*UMF CRAIOVA*

**COMITETUL ŞTIINŢIFIC**

**Prof. Asoc. Dr. COSTIN POPESCU**

*UNIVERSITATEA TITU MAIORESCU BUCUREŞTI*

**Şef Lucr. Dr. MIRELA RADU**

*UMF CRAIOVA*

**Dr. ION VIOREL RĂDULESCU**

***VICE*** *PREȘEDINTE COLEGIUL MEDICILOR OLT*

**Prof. Univ. Dr. ION ROGOVEANU**

*PREȘEDINTELE SENATULUI UMF CRAIOVA*

**Conf. Univ. Dr. SIMONA HILDEGARD STANCU**

*UMF CAROL DAVILA BUCUREŞTI*

**Conf. Univ. Dr. PUIU OLIVIAN STOVICEK**

*UNIVERSITATEA TITU MAIORESCU BUCUREŞTI*

**Prof. Univ. Dr. RUXANDRA ULMEANU**

*FACULTATEA DE MEDICINĂ ORADEA*

**JOI**

**13.10.2022**

**12:00-14:00 MASĂ ROTUNDĂ - PAGINI DE ISTORIA**

**MEDICINEI LA CARACAL**

**Moderatori: Dr. DĂNUŢ GHIŢĂ**

**Dr. ION VIOREL RĂDULESCU**

**Dr. MARINACHE COSTACHE**

12:00-12:20 Scurtă incursiune în trecutul medicinei caracalene –

secolul XIX și început de secol XX

*Dr. Dănuţ Ghiţă*

12:20-12:40 Scurt istoric al Medicinei de Familie în Caracal

*Dr. Ion Viorel Rădulescu*

12:40-13:00 Incursiune în stomatologia caracaleană

*Dr. Dragoş Paraschiv*

13:00-13:20 Colegiul Medicilor Olt – scurt istoric post-decembrist

*Dr. Marinache Costache*

13:20-13:40 Medicina de laborator clinic și microbiologic în

municipiul Caracal

*Dr. Liliana Popescu, ch. Carmen Ion*

13:40-14:00 Medicina Internă la Caracal – bilanţ pandemic

*Dr. Dănuţ Ghiţă*

14:00-14:15 *PAUZĂ CAFEA*

**14:15-17:30 MASĂ ROTUNDĂ – GASTROENTEROLOGIE**

**BOLILE HEPATICE DE ETIOLOGIE VIRALĂ B**

**ȘI C: ACTUALITĂȚI DE SCREENING,**

**MONITORIZARE ȘI TRATAMENT**

**Moderatori:** **Prof. Univ. Dr. ION ROGOVEANU**

**Prof. Univ. Dr. DAN IONUŢ GHEONEA**

**Conf. Univ. Dr. SERGIU CAZACU**

14:15-14:45 Strategii de screening la nivel național în infecția VHC

*Prof. Univ. Dr. Dan Ionuț Gheonea*

14:45-15:15 Programe regionale de depistare și monitorizare a

infecției VHC

*Prof. Univ. Dr. Dan Ionuț Gheonea*

15:15-15:45 Protocoale terapeutice în infecția VHC

*Prof. Univ. Dr. Ion Rogoveanu*

15:45-16:00 *PAUZĂ DE CAFEA*

16:00-16:30 Terapii particularizate în bolile hepatice cronice virale C

*Prof. Univ. Dr. Ion Rogoveanu*

16:30-17:00 Prezent și perspectivă în tratamentul hepatitei cronice

virale B

*Conf. Univ. Dr. Sergiu Cazacu*

17:00-17:30 Timingul în tratamentul și profilaxia hepatitei cronice B:

indicații, momentul inițierii și oprirea terapiei

*Conf. Univ. Dr. Sergiu Cazacu*

17:30- 17:45 *PAUZĂ DE CAFEA*

17:45-18:00 *Prezentare SANDOZ – Rolul probioticelor din prima zi*

*de tratament antibiotic și în afecțiunile gastrointestinale*

*Dr. Dorian Costescu*

**18:00-19:30 MASĂ ROTUNDĂ- PNEUMOLOGIE**

**Moderatori: Prof. Univ. Dr. CONSTANTIN MARICA**

**Prof. Univ. Dr. DAN MĂLĂESCU**

**Prof. Asoc. Dr. COSTIN POPESCU**

18:00-18:30 Pneumonia COVID 19 – imagini radiologice 2020-2022

*Prof. Asoc. Dr. Costin Popescu*

18:30-18:50 Erori de diagnostic radiologic în pneumologie

*Dr. Marian Olaru şi colab.*

18:50-19:10 Diagnostic radiologic dificil în evaluarea etiologiilor

pleureziilor

*Dr. Cristian Ciobanu, Prof. Asoc. Dr. Costin Popescu şi*

*colab.*

19:10-19:30 Impactul produs de COVID19 în cazul afecţiunilor TBC

*Prof. Asoc. Dr. Costin Popescu şi colab.*

19:30-19:45 *Prezentare SANDOZ – Forspiro inhaler*

*Prof. Asoc. Dr. Costin Popescu*

**VINERI**

**14.10.2022**

09:00-09:15 *Prezentare VEDRA INTERNATIONAL – O nouă*

*perspectivă terapeutică în managementul tulburărilor*

*atopice cu ajutorul probioticelor tip multi strain*

**09:15-11:45 MASĂ ROTUNDĂ – PNEUMOLOGIE**

**Moderatori: Prof. Univ. Dr. FLORIN MIHĂLŢAN**

**Prof. Univ. Dr. RUXANDRA ULMEANU**

**Prof. Univ. Dr. DAN MĂLĂESCU**

09:15-09:30 Diagnostic şi tratament în pneumoniile comunitare

*Dr. Marian Olaru şi colab.*

09:30-09:45 Diagnosticul bacteriologic şi tomografic în bronşiectazii

*Dr. Liliana Popescu şi colab.*

09:45-10:00 Evaluarea bolnavilor cu SAS sever

*Prof. Univ. Dr. Dan Mălăescu*

10:00-10:15 Metode de tratament al formelor de SASO

*Prof. Asoc. Dr.Costin Popescu*

10:15-10:30 Endoscopia bronşică şi examenul citologic în

neoplaziile maligne pulmonare internate în spitalul

Pneumoftiziologie Tudor Vladimirescu în ultimii 3ani –

2019-2022

*Dr. Marian Olaru şi colab.*

10:30-10:45 *PAUZĂ DE CAFEA*

10:45-11:15 Astmul bronşic la vârsta a treia. Ce ştim?

*Prof. Univ. Dr. Ruxandra Ulmeanu*

11:15-11:45 Canabisul şi efectele sale pulmonare

*Prof. Univ. Dr. Florin Mihălţan*

11:45-12:00 *Prezentare ZENTIVA – Rolul combinației salmeterol/*

*fluticazonă în astmul bronșic și BPOC*

*Prof. Asoc. Dr.Costin Popescu*

**12:00-12:45 DESCHIDEREA OFICIALĂ**

**12:45-13:30 MASA DE PRÂNZ**

**13:30-15:30 MASĂ ROTUNDĂ – NEFROLOGIE**

**Moderatori: Prof. Univ. Dr. EUGEN MOŢA**

**Conf. Univ. Dr. SIMONA STANCU**

**Şef Lucr. Dr. DANIELA TEODORA MARIA**

13:30-13:40 Rolul tomografiei computerizate în diagnosticul şi

abordarea terapeutică a litiazei urinare

*Dr. Alexandru Folcuti, Dr. Roxana Mihaela Folcuti*

13:40-14:00 Particularităţile afectării cardiovasculare în boala

cronică de rinichi de la teorie la ghiduri

*Șef Lucr.* *Dr. Daniela Teodora Maria*

14:00-14:15 Abordarea clinică a pacientului cu boală cronică de

rinichi

*Dr. Cristina Văduva*

14:15-14:35 Rolul prognostic al titrului anticorpilor anti-receptor

fosfolipaza A2 la trei luni de la diagnostic în nefropatia

membranoasă

*Conf. Univ. Dr.Simona Stancu*

14:35-15:30 Inhibitorii SGLT2 şi boala cronică de rinichi – beneficii

renale şi cardiovasculare

*Prof. Univ. Dr. Eugen Moţa*

15:30-15:45 *Prezentare STADA – Produsele Stada – soluții eficiente*

*pentru afecțiuni multiple*

*Dr. Silvia Ionica Mihai*

15:45-16:00 *PAUZĂ DE CAFEA*

**16:00-17:30 MASĂ ROTUNDĂ – CARDIOLOGIE**

**TRATAMENTUL BOLNAVILOR CU**

**HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ ŞI**

**COMORBIDITĂŢI**

**Moderatori: Conf. Univ. Dr. CAMELIA DIACONU**

**Conf. Univ. Dr. SIMONA STANCU**

**Dr. DĂNUŢ GHIŢĂ**

16:00-16:20 Tratamentul bolnavilor cu hipertensiune arterială şi

comorbidităţi

*Conf. Univ. Dr. Camelia Diaconu*

16:20-16:40 Tratamentul antihipertensiv la pacientul cu boli

coronariene

*Conf. Univ. Dr. Camelia Diaconu*

16:40-17:10 Tratamentul antihipertensiv la pacientul cu insuficienţă

cardiacă

*Conf. Univ. Dr. Camelia Diaconu*

17:10-17:30 Tratamentul antihipertensiv la pacientul cu Diabet

Zaharat

*Dr. Custa Laslo*

17:30-17:45 *Prezentare SERVIER – Boala venosă cronică – ce se*

*ascunde dincolo de semne?*

*Dr. Cristina Tutunaru*

17:45-18:00 *PAUZĂ DE CAFEA*

**18:00 -19:30 MASĂ ROTUNDĂ – MEDICINĂ INTERNĂ –**

**- GASTROENTEROLOGIE**

**Moderatori: Conf. Univ. Dr. CAMELIA DIACONU**

**Conf. Univ. Dr. SEVASTIȚA IORDACHE**

**Dr. DĂNUŢ GHIŢĂ**

18:00-18:15 Bolile inflamatorii intestinale – o provocare diagnostică

*Dr. Matei Alexandru Cozma şi colab.*

18:15-18:45 Principii de tratament în boala CROHN perianală

*Dr. Vlad Alexandru Ionescu şi colab.*

18:45-19:15 Tratamentul pacienţilor cu boli inflamatorii intestinale în

epoca medicamentelor biosimilare

*Dr. Gina Gheorghe şi colab.*

19:15-19:30 Prezentare atipică a unui adenocarcinom gastric cu

celule în inel cu pecete

*Dr. Ninel Iacobus şi colab.*

19:30-19:45 *Prezentare NATURPHARMA – Noi abordări în*

*tratamentul sindromului de intestin iritabil și dispepsiei*

*funcționale*

*Conf. Univ. Dr. Sevastița Iordache*

**SÂMBĂTĂ**

**15.10.2022**

**08:30-10:30 SESIUNE COMUNĂ**

**MEDICINA DE FAMILIE – SPITALUL**

**MUNICIPAL CARACAL**

**Moderatori: Conf. Univ. Dr. CAMELIA DIACONU**

**Dr. DĂNUŢ GHIȚĂ**

**Dr. ION VIOREL RĂDULESCU**

08:30-08:45 Dislipidemia la copil în asistenţa medicală primară

*Dr. Cătălina Malageanu*

08:45-09:00 Neoplasmul bronhopulmonar – boală familială

*Dr. Mădălina Căruntu şi colab.*

09:00-09:15 Anafilaxia

*Dr. Cătălina Popa*

09:15-09:30 Managementul fibrilației atriale în ambulatoriu

*Dr. Anda Braşoveanu*

09:30-09:45 Rezecția rectală prin abord perineal pentru prolapsul

rectal total

*Dr. Costin Vidrighin și colab.*

09:45-10:00 Ultrasonografia – metodă rapidă de orientare în patologia

glandei tiroide – studiu pe 104 cazuri

*Dr. Dănuţ Ghiţă*

10:00-10:15 Ocluzie intestinală prin dublu mecanism - volvulus şi

neoplasm de colon ascendent

*Dr. Bogdan Persu şi colab.*

10:15-10:30 Infecţia COVID-19-experienţa secţiei Medicină Internă a

Spitalului Municipal Caracal

*Dr. Mitrana Sîrbu și colab.*

10:30-10:45 *PAUZĂ DE CAFEA*

10:45-11:00 *Prezentare MONTAVIT – Microbiota intestinală și*

*implicarea ei în afecțiunile urogenitale și intestinale*

**11:00-13:00 LUCRĂRI DISCIPLINA MEDICINA FAMILIEI**

**UMF CRAIOVA**

**Moderatori:** **Prof. Univ. Dr. VIORELA ENĂCHESCU**

**Conf. Univ. Dr. CONSTANTIN KAMAL**

**Şef Lucr. Dr. CARMEN ADRIANA DOGARU**

**Şef Lucr. Dr. MIRELA RADU**

11:00-11:30 Rolul protocoalelor şi ghidurilor în practica medicală

*Şef Lucr. Dr. Carmen Adriana Dogaru*

11:30-12:00 Posibilităţi şi limite ale ultasonografiei “point of care” în

practica Medicului de familie

*Prof. Univ. Dr. Viorela Enăchescu şi colab.*

12:00-12:30 Capcane şi erori în ultrasonografia biliară

*Prof. Univ. Dr. Viorela Enăchescu şi colab.*

12:30-13:00 Explorarea ultrasonografică multimodală în procesele

focale ale sânului

*Prof. Univ. Dr. Viorela Enăchescu şi colab.*

**13:00-13:45 MASA DE PRÂNZ**

13:45-14:00 *Prezentare DR. PHYTO – Inflamații orofaringiene la copii*

*și adulți*

**14:00-16:00 MASĂ ROTUNDĂ – VACCINOLOGIE**

**Moderatori: Şef Lucr. Dr.GINDROVEL DUMITRA**

**Conf. Univ. Dr. CONSTANTIN KAMAL**

**Dr. ION VIOREL RĂDULESCU**

14:00-14:30Vaccinarea antigripală, noutăţi pentru sezonul 2022-2023

*Şef Lucr. Dr. Gindrovel Dumitra*

14:30-15:30 Vaccinarea anti COVID19

*Şef Lucr. Dr. Gindrovel Dumitra*

15:30-16:00 Campania de vaccinare anti HPV

*Şef Lucr. Dr. Gindrovel Dumitra*

16:00-16:15 *Prezentare MSD – Vaccinul anti HPV*

**DUMINICĂ**

**16.10.2022**

**08:00-10:00 LUCRĂRI - CHIRURGIE**

**Moderatori: Conf. Univ. Dr. PUIU OLIVIAN STOVICEK**

**Şef Lucr. Dr. LIVIU MARTIN**

**Dr. MARINACHE COSTACHE**

08:00-08:20 Strategii diagnostice şi terapeutice în mucocelul rino-

sinusal

*Dr. Elena Graţiela Ştefan*

08:20-08:40 Provocări în îngrijirile paliative chirurgicale

*Conf. Univ. Dr. Puiu Olivian Stovicek şi colab.*

08:40-09:00 Papilomatoza laringiană de cauză virală – necesitatea

asocierii vaccinoterapiei specifice la intervenţia

chirurgicală

*Dr. Dragoş Mihai Ghiţă*

09:00-09:20 250 de colecistectomii laparoscopice – studiu prospectiv

*Lector Univ*. *Dr. Liviu Martin şi colab.*

09:20-09:40 Poliartrita reumatoidă – abordări chirurgicale

*Dr. Marinache Costache şi colab.*

09:40-10:00 O nouă atitudine în studiul şi tratamentul afecţiunilor

articulare degenerative

*Dr. Emilian Ştefan*

10:00-10:15 *PAUZĂ DE CAFEA*

**10:15-12:15 LUCRĂRI VARIA**

**Moderatori: Dr. ION VIOREL RĂDULESCU**

**Dr. MIHAI UNGUREANU**

**Dr. MARINACHE COSTACHE**

10:15-10:30 Rolul medicului de familie în evaluarea şi consilierea

parentală

*Dr. Cătălina Malageanu*

10:30-10:50 Întreruperea sarcinii şi consecinţele asupra reproducerii

*Dr. Viorel Rădulescu, Dr. Florentina Rădulescu*

10:50-11:10 Nou-născutul şi primele luni de viaţă – Consultaţia

preventivă a sugarului

*Dr. Florentina Rădulescu*

11:10-11:30 Îngrijirea paliativă a pacientului oncologic

*Dr. Cătălina Popa*

11:30-11:50 Primul ajutor acordat unui înecat

*Lector Univ.* *Dr. Ion Octavian Predescu*

11:50-12:15 Cinematica traumei

*Dr. Marinache Costache şi colab.*

12:15-12:30 *PAUZĂ DE CAFEA*

**12:30-14:50 LUCRĂRI VARIA**

**Moderatori: Şef. Lucr. Dr. GINDROVEL DUMITRA**

**Dr. ION VIOREL RĂDULESCU**

**Conf. Univ. Dr. PUIU OLIVIAN STOVICEK**

12:30-12:45 Evaluarea stresului oxidativ la pacienţii cu

trombocitopemie esenţială şi complicaţii metabolice

*Dr. Cornel Moisă*

12:45-13:00 Sindromul vestibular în criză – provocare diagnostică şi

terapeutică la camera de gardă

*Dr. Dragoş Mihai Ghiţă*

13:00-13:15 Interacţiuni medicamentoase în terapia oncologică

*Conf. Univ. Dr. Puiu Olivian Stovicek*

13:15-13:30 Tulburările psihice în cancer

*Lector Univ. Dr. Ana Maria Cîmpeanu*

13:30-13:40 *PAUZĂ CAFEA*

13:40-14:00 Talasemiile în practica medicului de familie

*Dr. Daniela Costescu*

14:00-14:10 Modelarea şi simularea unor situaţii normale, patologice

sau postchirurgicale ale unor sisteme anatomice umane

*Dr. Gabriel Baciu şi colab.*

14:10-14:20 Angina la copil: algoritmi de diagnostic

*Dr. Dorian Costescu*

14:20-14:35 Utilizarea OCT în diagnosticul bolilor oculare

*Dr. Claudia Marinela Ştefan*

14:35-14:50 Mamografia - modalitate de diagnostic în cabinetul

medicului de familie

*Dr. Viorel Rădulescu*

14:50-15:00 *Prezentare NESTLE – Importanța nutriției în primii ani*

*de viață – criterii de recomandare a formulelor de lapte*

*standard*

**15:00-15:15 TESTARE FINALĂ**

**15:15-16:00 ELIBERARE DIPLOME**

**REZUMATE**

**1. SCURTĂ INCURSIUNE ÎN TRECUTUL MEDICINEI CARACALENE – SECOLUL XIX ȘI ÎNCEPUT DE SECOL XX**

*Dănuț Ghiță*

*Spitalul Municipal Caracal*

Dovedită arheologic ca așezare milenară, atestată documentar la 17 noiembrie 1538 în vremea domnitorului Radu Paisie, localitatea Caracal a urmat calea dezvoltării micilor târguri de câmpie așezate la întretăierea unor importante căi comerciale și de comunicație, ajungând reședința județului Romanați, fiind o bună perioadă de timp a doua așezare urbană, ca mărime, după Craiova. În anul 1831 Caracalul numără 4185 locuitori, iar în perioada atestării documentare a Spitalului local, 1844-1845, populația orașului era de 4800 de locuitori. Între anii 1844 și 1866 (an în care orașul avea aproape 9000 de locuitori) spitalul a fost găzduit în casele Melinescu, donate în acest scop, situate pe actualul amplasament al judecătoriei locale. În urma complicațiilor administrative, autoritatea județeană a decis în anul 1888, construirea unui spital nou pe terenul donat de Esmeralda Vlădoianu. Clădirea există și astăzi, este încă funcțională și este sediul secțiilor dermatologie, boli infecțioase și neurologie. La momentul înființării, spitalul avea 48 de paturi și un singur medic/director, Dr Eduard Anino cu doctorat la Siena care va conduce spitalul până în anul 1880.

În perioada 1880-1900 directorul spitalului a fost dr. Politronie Iliescu, urmat până în anul 1931 de Dr Alexandru Popescu, primul romanațean revenit să profeseze pe plaiurile natale. Este interesant că timp de 65 de ani numai trei persoane s-au succedat la conducerea acestei instituții. În anul 1920 în cadrul spitalului s-au înființat secțiile medicină internă – dr. N. Marinescu și chirurgie – dr. Alexandru Popescu.

În primele două decade ale secolului XX la Caracal s-au înființat filiala locală de Cruce Roșie cu activitate intensă în timpul războiului balcanic și primului război mondial (când a gestionat și un spital cu 100 de paturi campat la liceul Ioniță Asan) și Societatea Profilaxia Tuberculozei. Statisticile locale consemnează în 1909 prezența lui Mercede Adolf ca dentist.

Între anii 1931-1939 spitalul caracalean a fost condus de dr. Ștefan Mihăilescu - chirurg, la interne activând, după decesul lui N. Marinescu, succesiv dr. A. Atanasiu (1931-1933), dr. L. Porn (1933), dr. G Ionescu (1933-1934) și dr. V. Vasilca. În anul 1937 a apărut la Caracal serviciul radiologie – dr. Tr. Georgescu.

La începutul celui de-al doilea război mondial spitalul avea 150 de paturi și servicii specializate în chirurgie, medicină internă, boli infecto-contagioase, radiologie și laborator.

În 1950-1951, odată cu reforma administrativ-teritorială la Caracal se înființează Spitalul Unificat sub conducerea Dr. Mircea Dabija, cu 250 de paturi repartizate secțiilor medicină internă, chirurgie, pediatrie, obstetrică-ginecologie și dermatologie.

**2. SCURT ISTORIC AL MEDICINEI DE FAMILIE IN CARACAL**

*Ion Viorel Rădulescu, Medic primar MF*

*CMI DR. RĂDULESCU ION VIOREL CARACAL*

    Medicina de familie ca specialitate a apărut în urma unei Hotărâri de Guvern în 1992 rezultat al alinierii României la organizarea acestei specialități în Uniunea Europeană unde a fost definită  încă din 1962, prima catedră apărută la Universitatea de Medicină  din Amsterdam.

În municipiul Caracal cabinetele de medicină de familie au luat ființă odată cu apariția în Legea 95/2006 a acestei noi denumiri prin reorganizarea cabinetelor de medicină generală ce funcționau în coordonarea Policlinicii Spitalului Municipal Caracal. Au apărut astfel 17  cabinete de medicină de familie în care își continuau  activitatea medicii de medicină generală localizați pe raza municipiului Caracal în două locații distincte, 12 cabinete la parterul Policlinicii și 5 în cartierul dr. Marinescu.

Ulterior ca o consecință a actelor administrative cu aplicabilitate națională obligatorie au mai apărut încă două cabinete și au fost înglobate și două cabinete ale unor medici de familie aflați în relație contractuală cu CASOPSNAJ încât la finalul anului 2020 se ajunsese la un total de 21 cabinete MF.

În cursul acestui an însă numărul cabinetelor s-a redus prin retragerea la pensie a două colege și totodată s-a modificat și poziționarea lor în municipiu dispărând cabinetele de la parterul Policlinicii - spațiul fiind necesar pentru organizarea serviciului RMN - și apărând două noi locații.

Evoluția medicinei de familie în municipiu a fost una ascendentă cu o organizare deosebită față de a celorlalte specialități ce își desfășoară activitatea în relații contractuale cu CAS Olt în urma faptului că medicul de familie este nu numai medic ci și managerul propriului cabinet, incluzând activitate de contabilitate, informatică, administrație etc.

Nu pot încheia această scurtă prezentare fără a evidenția activitatea deosebită a medicilor de familie din municipiu dar și a tuturor colegilor din teritoriu pe perioada pandemiei cu Covid 19 când fără echipamente și aparatură corespunzătoare - îndeosebi la debutul acesteia - am fost sprijinul nemijlocit al pacienților noștri cei cărora le rămăsesem singurii care le-am asigurat asistența necesară atât medicală cât și socială și psihologică.

**3. INCURSIUNE ÎN STOMATOLOGIA CARACALEANĂ**

*Dragoș Paraschiv, Petre Paraschiv*

*CMI Stomatologie Caracal*

Stomatologia, în forma sa modernă, s-a format relativ recent, deși este una din cele mai vechi ramuri ale medicinei, având rădăcini încă din antichitate.

În Caracal, secția de stomatologie s-a înființat în anii ’60, având ca medici pe dr. Ghergan, dr. Stănescu Mihai (șef de secție), dr. Oprescu Lucian, dr. Mihăilescu (soț, soție).

După anii ’75-’80, acestora li s-au mai alăturat alți medici, majoritatea fiind absolvenți ai Universității de Medicină și Farmacie ”Carol Davila” din București: dr. Pătru Marin, dr. Cranta Cecilia, dr. Paraschiv Petre, dr. Dimitriu Valentina, dr. Bobeș Radu, dr. Ștefan Dumitu, dr. Haita Mirela etc.

Primul cabinet de stomatologie privat a fost deschis de către un tehnician dentar Marian Costachescu, în anul 1992, avându-l ca medic pe dr. Pătru Marin. La scurt timp a fost deschis și al doilea cabinet de către dr. Paraschiv Petre, urmând ca aproape fiecare medic să se îndrepte către mediul privat.

După anul 2005, stomatologia la stat a fost desființată, pacienții fiind nevoiți să se îndrepte către cabinetele private.

În prezent sunt peste 25 de cabinete de stomatologie unde activează peste 30 de medici stomatologi și se dorește să se țină pasul din punct de vedere al tehnicilor de tratament și al aparaturii, cu clinicile mari din țară.

**4. COLEGIUL MEDICILOR OLT - SCURT ISTORIC POST-DECEMBRIST**

*Marinache Costache*

*Președinte CMR Olt*

COLEGIUL MEDICILOR OLT a fost înființat în anul 1995 răspunzând dorinței medicilor de a face parte dintr-un corp profesional care să promoveze și să apere interesele lor și a unei necesități a societății de a avea garanția acordării unor servicii medicale conform standardelor stabilite de norme.

Alegerile pentru conducerea Colegiul Medicilor Olt au avut loc pe data de 11 ianuarie 1995, prima ședință a Biroului Executiv a avut loc pe data de 4 februarie 1997 și pe 11 februarie a fost aprobat Statutul Colegiului Medicilor Olt. Comisiile de specialitate au fost constituite pe 6 noiembrie 1997 iar din 13 noiembrie obligativitatea ca toți medicii să se înscrie în Colegiu, la acea dată au fost în evidență 202 medici. În anul 2022 sunt înscriși 750 membri, cel mai mare număr fiind în anul 2018 – 822 membri.

Colegiul Medicilor din România este o organizație profesională a medicilor fiind o Instituție de interes public, neguvernamentală, apolitică și fără scop patrimonial.

Colegiul Medicilor Olt are personalitate juridică și este autonom în raport cu orice autoritate publică, exercitându-și atribuțiunile fără posibilitatea unei imixiuni. Obiectul principal de activitate al Colegiului Medicilor Olt este controlul și supravegherea exercitării profesiei de medic, aplicarea legilor și care organizează și reglementează exercitarea profesiei, reprezentarea intereselor profesiei de medic și păstrarea prestigiului acestei profesii în cadrul vieții sociale.

Ca organizație profesională, Colegiul Medicilor Olt apără demnitatea și promovează drepturile și interesele membrilor săi în toate sferele de activitate, apără onoarea, libertatea și independența profesională a medicului în exercitarea profesiei, asigură respectarea de către medici a obligațiilor ce le revin față de pacient și de sănătatea publică. Colegiul Medicilor Olt este reprezentant al membrilor săi în Colegiul Medicilor din România și în relațiile cu autoritățile și instituțiile publice.

Colegiul Medicilor Olt avizează înființarea cabinetelor medicale, indiferent de forma lor juridică și participă prin reprezentanții desemnați la concursurile organizate pentru ocuparea posturilor din unitățile sanitare.

Principalele domenii de activitate sunt: Profesional Științific și de învățământ, Etic și Deontologic, Jurisdicție profesională și litigii, Avizări –Acreditări Administrativ și organizatoric, Economico-Social.

CMOlt actualizează permanent Registrul Unic al medicilor.

Comisia Profesional Științifică a organizat în medie 5 manifestări pe an fiind realizate un număr de 25 de credite EMC și a organizat 11 Ediții ale Zilelor medicale Caracalene unde a reușit participarea clinicilor universitare de la Craiova și București conferind astfel o prestanță științifică deosebită.

Comisia de Jurisdicție profesională și litigii împreună cu cea de Etică și deontologie au avut în medie de analizat 7 dosare anual și deciziiile luate au fost în cea mai mare parte confirmate de Comisia Superioară de Disciplină.

Comisia de avizări-acreditări are o activitate laborioasă realizând în medie un nr. de 30 de înființări noi de cabinete și S.R.L.-uri anual, prelungiri pentru cabinete si S.R.L.-uri - 150 în fiecare an. Certificatele de membru se prelungesc anual conform Legii 95/2006 și a Deciziilor CMR.

Comisia administrativ – financiară a realizat renovarea spațiului Colegiului Medicilor Olt în 2016 unde se pot desfășura și manifestări științifice, iar în anul 2022 a fost extins spațiul de arhivare pentru dosarele personale ale membrilor săi.

Delegații Colegiului Medicilor Olt au paricipat activ la Adunările Generale ale CMR, la dezbaterile pentru Statutul și Codul deontologic al CMR și acum, la efortul de modificare a legii de exercitare a profesiei medicale.

**5. MEDICINA DE LABORATOR CLINIC ȘI MICROBIOLOGIE ÎN ORAȘUL CARACAL**

*Liliana Popescu, Carmen Ion*

*Medicină de laborator, Spitalul Municipal Caracal*

În anul 1867 se înființează Spitalul din orașul Caracal care a funcționat într-un imobil situat pe locul unde se află Palatul de justiție. În anul 1932 spitalul se mută în clădirea Spitalului actualului centru de Asistență Medico-socială având 100 paturi. În anul 1955 apare și laboratorul cu un centru de recoltare sânge pe strada Ștefan Gheorghiu. O dată cu construcția noului Spital din 1982 cu sediul Strada Plevnei 36 începe o nouă eră în dezvoltarea laboratorului de analize medicale, apărând noi modalități de investigație dar greoaie. După anul 1990 donațiile date de statele vestice dezvoltate au ajutat uneori la o nouă abordare a acestor analize. Încet încet însă au existat mijloace materiale de procurare a unor aparate din ce în ce mai performante motiv pentru care acest laborator a devenit un centru de referință în întreg Județul Olt. O problemă deosebită cu care s-a confruntat personalul a fost prezența Covid-19 care a pus în discuție apariția unor circuite noi în acest laborator datorită prezenței acestei afecțiuni atât de contagioase. Viitorul acestui laborator va depinde cât de repede se va putea moderniza pentru a satisface nevoile populației la care este arondat.

**6. MEDICINA INTERNĂ LA CARACAL – BILANŢ PANDEMIC**

*Dănuţ Ghiţă*

*Spitalul Municipal Caracal*

Datele statistice, reci dar obiective, reprezintă punctul de plecare în evaluarea unei activități profesionale – inclusiv în domeniul sănătății, fiind baza strategiilor de dezvoltare a serviciilor medicale incluzând atât politica de personal cât și dotarea cu echipamente de specialitate.

La nivelul cabinetelor de medicină internă ambulatoriu adresabilitatea pre-pandemică s-a reflectat într-un număr semnificativ de examinări: 8759 în anul 2018, respectiv 9093 în anul 2019, respectând trendul crescător de după anul 2015. Anul pandemic de început – 2020 – a însemnat o scădere dramatică a consultațiilor până la 4729, urmată de un reviriment în 2021 (5613 consultații) pentru ca în anul în curs 2022 să tindă spre valorile obișnuite (aproape 5000 pacienți evaluați până la finele lunii iulie). Pentru cazurile spitalizate, în anii pre-pandemici, secției medicină internă și compartimentelor incluse în aceasta – boli de nutriție, nefrologie – îi reveneau 150-170 externări lunar pentru încadrarea în contractul încheiat cu casa de asigurări. Odată cu declararea stării de urgență și a Spitalului Caracal ca spital suport COVID în perioada aprilie-decembrie 2020 au fost spitalizați numai pacienți infectați COVID, în număr de 298; anul 2021 consemnează 351 de externări, iar în anul 2022, până la finele lunii iulie au fost spitalizați 114 pacienți infectați COVID.

Trebuie menționat că în anul 2022, începând cu luna aprilie spitalul a funcționat în sistem mixt asigurând servicii medicale atât pentru pacienții COVID pozitivi cât și pentru pacienți non-COVID.

Datele prezentate trebuiesc privite și prin prisma diferențelor de abordare legislativă: internarea obligatorie a tuturor pacienților diagnosticați cu infecție COVID-19 în prima parte a pandemiei, respectiv internarea doar a cazurilor grave începând cu anul 2021.

Secția medicină internă cu 70 paturi, 11 medici, 21 de asistenți medicali și 8 infirmiere pare supradimensionată dar, în contextul pandemiei, considerând și riscul real și probat al infectării personalului s-a dovedit în fapt la limita capacității de activitate.

Datele statistice cumulate la nivel național vor evidenția situația reală a sistemului sanitar a cărui resetare generală o consider imperativă, pornind de la ideea că activitatea medicală este de fapt preventivă, curativă dar și un ansamblu de servicii ”în așteptare”.

**7. STRATEGII DE SCREENING LA NIVEL NAŢIONAL ÎN INFECȚIA VHC**

*Prof. Univ. Dr. Dan Ionuț Gheonea*

*UMF CRAIOVA*

Un program de screening separă populația care are o probabilitate mai mare de a avea boala de cea care cel mai probabil nu o are. În acest sens, la nivel național există 2 mari programe care se desfășoară simultan LIVE(RO) 2 EST respectiv LIVE(RO) 2 SUD, care au ca țintă prevenția, screeningul, diagnosticul și tratamentul pacienților cu hepatită cronică secundară infecției cu virusuri hepatitice B, B plus D și/sau C. LIVE(RO) 2 EST a fost implementat de către Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași, în parteneriat cu Asociația Română Anti-Sida – A.R.A.S. și cu Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Spiridon” Iași. LIVE(RO) 2 SUD a fost implementat de către Institutul Clinic Fundeni în parteneriat cu Asociația Română Anti-SIDA fiind coordonat de Institutul Clinic Fundeni.

Fiecare din cele 2 proiecte își propune să își desfășoare activitate pe 12 județe, având ca obiectiv câte 120.000 de persone de inclus în screening. În Craiova, în cadrul secției de Gastroenterologie, Spitalul Clinic de Urgență din Craiova se află unul din cele 4 centre de prevenție din cadrul proiectului LIVE(RO) 2 SUD. Persoanele eligibile care intră în programul de screenind trebuie să îndeplinească următoarele condiții: vârsta peste 18 ani; au domiciliul într-unul din județele Argeș, Călărași, Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița, Prahova, Teleorman, Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt sau Vâlcea integrate regiunilor de dezvoltare Sud Muntenia și Sud-Vest Oltenia; nu sunt persoane gravide și/ sau persoane lipsite de libertate.

Metodele de screening se bazează pe efectuarea testelor rapide, sterile, care presun recoltarea unei picături de sânge din pulpa degetului, după o înțepătură cu un ac de dimensiuni reduse. Ulterior pacientul care prezintă test rapid pozitiv este direcționat către unul din centrele de prevenție și îi sunt prelevate analize pentru confirmarea infecției și totodată stadializarea bolii.

Rezultatele screeningului efectuat până în acest moment în cadrul LIVE(RO) 2 SUD arată că peste 76 500 de pacienți au fost testați dintre care 89% aparțin grupului de persoane vulnerabile, iar în ceea ce privește prevalența hepatitelor virale în populația screenată, aceasta este de 1,45% pentru virusul hepatitic B și 0,89% pentru virusul hepatitic C.

**8. PROGRAME REGIONALE DE DEPISTARE SI MONITORIZARE A INFECȚIEI VHC**

*Prof. Univ. Dr. Dan Ionuț Gheonea*

*UMF CRAIOVA*

Un program de screening pentru hepatitele cronice virale are potențialul de a identifica persoanele aparent sănătoase care prezintă un risc crescut de a avea o infecție cronică cu virusul hepatitic B, B plus D și/sau C. Astfel, pentru aceste persoane, un tratament sau o intervenție precoce poate să reducă incidența și/sau mortalitatea cauzată de aceaste patologii în populația menționată.

În Romania au existat și sunt în curs de desfășurare diverse programe de screening pentru hepatitele cronice secundare infecției cu virusurile hepatitice B, B plus D și/sau C. Programele naționale de screening pot fi uneori greu de implementat din cauza consumului de timp, resurse umane și financiare. O soluție de combatere a acestor neajunsuri a fost conceptul de microeliminare a hepatitei cronice virale C, în care abordarea cea mai utilă a fost împărțirea obiectivelor naționale mari de eliminare, în câteva mai mici, centrate pe grupe individuale de populație, pentru care intervențiile de tratament și prevenire pot fi efectuate mai rapid și mai eficient folosind metode țintite.

În sud-vestul Romaniei au fost implementate până în acest moment de către Universitatatea de Medicină și Farmacie din Craiova alături de alți parteneri multiple programe de microeliminare, în peste 7 județe. Toate aceste programe au avut o metodologie comună. Inițial au fost efectuate campanii de conștientizare în populația vizată. Apoi a urmat screeningul propriu-zis în care pacientul primește un chestionar cu 12 întrebări simple. După completare, i se efectuează testul rapid iar în câteva minute perosana testată află dacă este pozitivă sau nu. Toate datele au fost introduse, stocate și analizate statistic cu ajutorul unei baze de date create de expertul IT. Pacienții cu test pozitiv au fost chemați pentru a primi voucherele de analizele necesare pentru confirmarea infecției și stadializarea bolii, iar ulterior pentru a fi tratați, totul bineînțeles gratuit.

Rezultatele acestor programe regionale de microeliminare evidențiază peste 50.000 de oameni testați, cu peste 200 de pacienți diagnosticați cu infecție cu virus C, majoritatea fiind deja cu răspuns virusologic susținut în acest moment.

**9. PROTOCOALE TERAPEUTICE ÎN INFECȚIA VHC**

*Prof. Univ. Dr. Ion Rogoveanu*

*UMF CRAIOVA*

Infecția cu virusul hepatitei C afectează conform estimărilor Organizației Mondiale a Sănătății peste 75 de milioane de oameni pe toate continentele, ceea ce reprezintă aproximativ 1 % din populația generală a globului și se estimează ca 1,75 milioane de cazuri noi de infecție apar în fiecare an.

Organizația Mondială a Sănătății a adoptat prima Strategie globală de sănătate privind hepatitele virale, cu obiectivul general de eliminare a hepatitelor virale ca amenințare pentru sănătatea publică pânâ în 2030, fiind evidențiate 2 ținte: reducerea noilor infecții cu 80% și a mortalității cu 65%.

De la descoperirea VHC din 1989 de către cercetătorii Harvey J. Alter (SUA), Michael Houghton (Marea Britanie) și Charles M. Rice (SUA) care l-au numit inițial “virus Non-A-Non-B”, au apărut o serie de tratamente din ce în ce mai eficiente.

În România, evoluția tratamentelor a fost următoarea: de la IFN α-2a, α-2b (2000), IFN + Ribavirină (2003), Peginterferon + Ribavirină (2005), Inhibitori de serin protează (2011), Inhibitori de ADN polimerază (2013), Regimuri Interferon Free (2015). Cea mai recentă medicație antivirală este cea pangenotipică. Sofosbuvir/ Velpatasvir (Epclusa) și Glecaprevir/ Pibrentasivir (Maviret) au fost aprobate în 2021 și intrat pe piața din România în primăvara acestui an, fiind disponibile tuturor pacienților eligibili, conform protocolului actual pentru tratamentul VHC.

Protocol terapeutic național în infecțiile cronice HCV din 2022 cuprinde și Sofosbuvir + Ledipasvir (Harvoni), Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir (Viekirax) + Dasabuvir (Exviera), aceste noi tratamente având cea mai mare rată de răspuns virusologic foarte dintre toate, fiind situată între 95 și 100%.

Evaluarea preterapeutică cuprinde pentru toți pacienții cu hepatită cronică virală C, indiferent de stadiul fibrozei (F0-F3), naivi sau experimentați determinarea:

Stadiului fibrozei hepatice prin APRI, elastografie, FIBROSCAN ARN-VHC, atc anti HCV

Hemoleucograma, GOT, GPT, creatinină, ecografie, genotipare (opțional)

Evaluarea medicației asociate (contraindicații, interacțiuni)

\*Endoscopie digestivă superioaraă pentru pacienți cu ciroză hepatică compensată sau decompensată (F4)

Pentru pacienții cu hepatită cronică, naivi sau experimentați se recomandă MAVIRET 1x3cp/zi timp de 8 săptămâni, iar pentru pacienții cu ciroză hepatică, tratamentul de elecție este EPCLUSA 1cp/zi + RIBAVIRINĂ 1000mg-1200mg/zi, 12 săptămâni.

**10. TERAPII PARTICULARIZATE ÎN BOLILE HEPATICE CRONICE VIRALE C**

*Prof. Univ. Dr. Ion Rogoveanu*

*UMF Craiova*

**Coinfecție VHB+VHC**

Dacă are atg HBS pozitiv, se începe concomitent tratamentul cu analogi nucleozidici/nucleotidici pentru VHB (chiar dacă nu îndeplinește criteriile standard de tratament) pe tot parcursul terapiei pentru HVC + 12 luni. Pacienții cu infecție ocultă VHB (atg. HBS negativi, atc. anti HBC pozitivi, atc. antiHBs negativi) vor fi monitorizați lunar (AST, ALT) pe tot parcursul terapiei antiHCV, iar dacă pe parcursul monitorizării se constată creșterea transaminazelor se repetă atg. HBS și ADN-VHB. Dacă unul din ele se pozitivează se începe tratamentul pentru VHB.

**VHC+BCR**

Hepatită cronică F0-F3 sau ciroză compensată și BCR severă (GFR <30 ml/min/1,73m2) sau în curs de hemodializă se recomandă tratament cu: Maviret / Epclusa sau Viekirax – Exviera. La pacienții cu ciroză hepatică decompensată (Child B, C) + BCR severă (GFR <30 ml/min/1,73m2 sau în curs de hemodializă) singurul tratement recomandat de ghidul în vigoare este Epclusa (Se impune efectuarea lunară a clearance-ului creatinină +/- consult nefrologic).

**Pacientul cu transplant hepatic**

În HCV cu grad de fibroză F0-F3 se recomandă Epclusa 1 cp/zi, 12 săptămâni +/- RBV (genotip 3) sau Maviret 3 cp/zi, 12 săptămâni +/- RBV (genotipul 3), la pacientul cu ciroză compensată - Maviret 3 cp/zi, 12 săptămâni +/- RBV (genotip 3), iar în ciroza decompensată (clasa Child B sau C) - Epclusa 1cp/zi, 12 săptămâni +/- RBV. Se pot utiliza și medicamente genotip specifice – Harvoni, Viekirax + Epclusa, +/- Exviera, +/- RBV în schemele indicate în protocol.

**Pacient cu transplant renal**

Se recomandă Maviret 3cp/zi, 12 săptămâni (F0-F3, ciroză compensată Child-Pugh A). iar la pacienții experimentați, genotip 3, durata crește la 16 săptămâni. Este necesară monitorizarea pacientului împreună cu medicul nefrolog.

**LMNH**

Pacienții cu LMNH primesc uzual Rituximab / Corticoterapie care pot favoriza replicarea virală. DAA determină RVS la aproximativ 97% din cazuri și au eficiență favorabilă și în inducerea remisiunii bolii hematologice. Se recomandă o atenție sporită la interacțiunile cu medicația citostatică.

**Hemofilie, talasemie, crioglobulinemie**

Acești pacienți primesc frecvent transfuzii de sânge. Prezintă un risc mare de infectare VHB/VHC. Pot fi tratați cu acordul medicului specialist hematolog/oncolog. Studii recente publicate în Italia și Liban au demonstrat RVS după terapii DAA de aproximativ 96% și RVS de aproximativ 73% la pacienții cu crioglobulinemie.

**Adolescenții 12-18 ani**

Pentru acești pacienți cu HCV cu grad de fibroză F0-F3 se recomandă HARVONI sau MAVIRET pentru o durată de 8-12 săptămâni (genotip 5). Pentru cei cu ciroză Child-Pugh A, ghidurile actuale indică utilizarea HARVONI + RBV sau MAVIRET + RBV pe o durată 12-16 săptămâni (genotip 3, naivi sau experimentați).

**11. PREZENT ȘI PERSPECTIVE ÎN TRATAMENTUL HEPATITEI CRONICE VIRALE B**

*Conf. Univ. Dr. Sergiu Cazacu*

*UMF CRAIOVA*

La ora actuală există 2 tipuri de tratament pentru hepatita B. Peg-interferonul constituia înainte varianta recomandată de majoritatea autorilor, dar reacțiile adverse și apariția analogilor nucleozidici/nucleotidici a făcut ca mai puțin de 5% din pacienți să utilizeze actual terapia cu interferon. Avantajele terapiei cu interferon sunt durata finită (48 săptămâni) și pierderea/seroconversia HBs mai frecventă decât în cazul analogilor nucleozidici/nucleotidici. Analogii nucleozidici/ nucleotidici sunt cea mai frecventă modalitate terapeutică utilizată actual, ca rezultat al administrării ușoare și efectelor adverse minime sau absente, dar au rată redusă de pierdere/seroconversie HBsAg și necesită administrare pe termen lung.

Durata tratamentului este diferită în funcție de prezența sau nu a antigenului HBe. În mod ideal tratamentul ar trebui administrat până la pierderea sau chiar seroconversia antigenului HBs (vindecare funcțională), eveniment care ar putea dura și 3-4 decenii (rata de pierdere a antigenului HBs de sub 1,4% după 3-5 ani de tratament, 1.02% într-o altă meta-analiză). La pacienții antigen HBe⊕ pierderea/seroconversia antigenului HBe cu o perioadă de consolidare de minim 12 luni (preferabil 3 ani) asociat cu nivel nedetectabil al ADN-VHB (EASL, AASLD) reprezintă indicația de oprire a terapiei. Pentru pacienții cu antigen HBeƟ tratamentul ar trebui recomandat teoretic pe toată viața.

Ideea terapiei finite în cazurile antigen HBeƟ a apărut recent, fiind favorizată de costul redus, complianța crescută și chiar de studii care au evidențiat creșterea surprinzătoare a ratei de pierdere a antigenului HBs (20-39% după 4-5 ani de la oprire). Principalele probleme sunt legate de apariția potențială de pusee de replicare virală/citoliză și chiar decompensare hepatică (motiv pentru care întreruperea nu este indicată în ciroză) și de un posibil risc crescut de carcinom hepatocelular comparativ cu pacienții cu tratament pe termen lung, deși nu există încă studii suficiente în acest sens.

Puseele pot fi exclusiv virusologice (ce necesită doar supraveghere) sau clinice (la care poate fi necesar tratament); unele studii au pus în evidență existența a două tipuri de pusee, unele *dominate de gazdă* (asociate cu pierdere antigen HBs, care nu necesită tratament) și altele *dominate de virus* (cu risc de hepatită acută și decompensare, care necesită tratament). Puseele sunt mai frecvente în formele antigen HBe⊕ (61%) comparativ cu cele antigen HBeƟ (22%). Unii autori sugerează un posibil rol favorabil al puseelor de creștere a ratei de pierdere a antigenului HBs, cu tratarea doar a puseelor dominate de virus cu risc semnificativ (Br>2 mg/dl, INR >1,5, ALT>5-10 x limita superioară normală).

Profilaxia infecției B este primară și secundară. Profilaxia primară include pacienți fără expunere anterioară și poate fi generală (toți nou-născuții la naștere) și specială (categorii nevaccinate cu risc crescut cum ar fi personal medical, pacienții cu boală cronică hepatică cu risc de ciroză, cu boală cronică renală sau cu diabet zaharat). Profilaxia secundară vizează gravidele, pacienții care urmează tratament imunosupresor și cei cu tratament antiviral direct pentru hepatita cronică virală C.

**12. TIMINGUL ÎN TRATAMENTUL ȘI PROFILAXIA HEPATITEI CRONICE B: INDICAȚII, MOMENTUL INIȚIERII ȘI OPRIRII TERAPIEI**

*Conf. Univ. Dr. Sergiu Cazacu*

*UMF CRAIOVA*

Infecția cu virusul hepatitic B (VHB) este larg răspândită la nivel mondial; se estimează că aproximativ 240 de milioane de persoane sunt purtători ai antigenului AgHBs iar mai mult de 2 miliarde de persoane au fost la un moment dat infectate. Boala prezintă mai multe stadii evolutive, unele caracterizate prin citoliză hepatică iar altele prin valori normale ale alanil-aminotransferazelor (ALT).

Obiectivele tratamentului hepatitei cronice B sunt prevenirea progresiei bolii hepatice spre carcinomului hepato-celular și ciroza hepatică. Evoluția bolii este de obicei înregistrată în fazele imuno-active HBe⊕/HBeƟ, iar în timpul infecției cronice imuno-tolerante (HBe⊕) sau infecției cronice cu HBeƟ progresia a fost considerată lentă/absentă (ALT N, ADN-HBV ridicat (1)/ADN-VHB scăzut (3). Limita normală a ALT este definită diferit în variate ghiduri, posibil ca rezultat al particularităților geografice ale populației.

Momentul inițierii tratamentului este dependent de etapa evolutivă a bolii hepatice. Majoritatea ghidurilor recomandă inițierea tratamentului în fazele imunoactive HBe⊕ (2) sau de hepatită cronică HBeƟ (4). Există studii care sugerează un potențial rol al terapiei și în faza de toleranță imună, deoarece tratamentul în această fază ar putea reduce riscul de hepatocarcinom (12,7 pentru pacienții netratați față de 6,1% la cei tratați cu analogi nucleozidici/nucleotidici), ciroză și deces. Pacienții cu fază prelungită de imunotoleranță pot avea fenomene precoce de integrare în genom, activitate imună și uneori chiar discordanță între nivelul ALT și aspectele histopatologice (10-37% din pacienții HBs⊕ cu ALT N au fibroză avansată, mai ales dacă au peste 35 ani, iar ALT depășesc jumătate din limita superioară normală). Unele categorii speciale de pacienți (peste 30-40 ani, cu fibroză sau antecedente familale de carcinom hepato-celular) ar beneficia de terapie în faza de imunotoleranță.

În concluzie, datele actuale susțin o lărgire progresivă a criteriilor de start al tratamentului de la formele active de hepatită B (HBe⊕ /HBeƟ) la cazurile cu risc semnificativ de ciroză sau carcinom hepatocelular (vârsta peste 30-40 ani, fibroză semnificativă, antecedente familiale de carcinom hepatocelular) sau manifestări extrahepatice, precum și o rafinare a criterilor de oprire a tratamentului cu posibilitatea stopării terapiei în formele HBe negative cu ADN-VHB nedetectabil 3 ani asociat cu valori descrescătoare ale antigenului HBs, cu excepția cirozei.

**13. PNEUMONIA COVID 19 – IMAGINI RADIOLOGICE 2020-2022**

*Costin Popescu¹‧³, Mihnea Costin Tuță¹, Prof. Univ. Dr. Dan Mălăescu³, Viorel Rădulescu⁴, Dănuț Ghiță¹, Liliana Popescu¹, Cristina Zîmbrea¹, Lucian Daniel Eparu²*

*¹Spitalul Municipal Caracal, ²Spitalul Sfântul Ștefan București, ³Universitatea Titu Maiorescu București, ⁴CMI Caracal*

Infecția cu SARS-CoV-2 începe atunci când picăturile respiratorii care conțin coronavirusul pătrund în tractul respirator superior, locul inițial, unde se replică virusul. Ca să poată invada organismul, virusul trebuie să găsească cifrul care îi deschide calea către interiorul celulei unde să se multiplice. O proteină de pe suprafața virusului, numită proteina spike sau țepușă, este cheia care se potrivește receptorilor ACE2 (receptorii enzimei de conversie a angiotensinogenului II) de pe suprafața celulară. Mutațiile frecvente ale proteinei spike ale noilor variante emergente de coronavirus par să distileze tot mai mult această abilitate a acestuia de a genera o invazie a celulelor umane.

Odată fixat de receptorul ACE2 virusul suferă un proces de asimilare în celulă (endocitoza), de maturare virală, replicare și eliberare a mai multor virusuri în citoplasma celulei gazde.

Inițial, coronavirusul produce infecții ale căilor respiratorii superioare dar, ulterior, în anumite cazuri, progresează spre plămân, determinând pneumonii care se pot complica și mai mult prin insuficință multiorganică.

**PNEUMONIA COVID-19 PARTICULARITĂȚI**

Persoanele cu pneumonie COVID-19 pot dezvolta de asemenea sindromul de detresă respiratorie acută. Dovezile recente sugerează faptul că boala COVID-19 evoluează în două faze: prima fază – faza infecțioasă care durează 5-7 zile de la debutul simptomelor; a doua fază – faza inflamatorie începe între 5-10 zile și se manifestă prin pneumonie.

**ANALIZE IMAGISTICE**

Acest studiu a fost conceput în examinarea radiologică și în special a tomografiei computerizate pentru a determina caracteristicile clinice ale pneumoniei COVID-19 cu alte tipuri de pneumonie.

Persoanele cu COVID-19 au mai multe șanse de a avea:

1. pneumonie care afectează ambii plămâni spre deosebire de unul singur;

2. aspect caracteristic în fazele incipiente ale bolii de sticlă mată la examenul CT;

3. leziunile pulmonare evolutive multifocale localizate mai mult în câmpul pulmonar inferior față de câmpurile mediu și superior;

4. aceste leziuni sunt difuze și distribuite predominant la periferia plămânului și de-a lungul membranei pleurale.

O altă caracteristică a bolii este disociația între gragitarea leziunilor pulmonare constatate radiologic, scăderea saturației de oxigen în sânge și lipsa toatală a dispneei pacienților.

**14. ERORI DE DIAGNOSTIC RADIOLOGIC ÎN PNEUMOLOGIE**

*Marian Olaru¹, Costin Popescu², Prof. Univ. Dr. Constantin Marica³*

*¹Spitalul de PNF T. Vladimirescu, ²Spitalul Municipal Caracal, ³Institutul de Pneumologie Marius Nasta Bucuresti*

**Introducere:**Examinarerea radiologică este una dintre investigațiile de bază în pneumologie.Din păcate, există numeroase erori datorate abuzului de diagnostic de tuberculoză, mergând până la a face confuzie cu alte imagini tumorale, mai ales hilare.

**Material și metode:**În prezentul articol, s-au luat în considerare cele mai frecvente posibile erori diagnostice din pneumologie, totodată încercând o clasificare a acestor erori, pe grupe diagnostice, încercând să obiectivăm imaginile radiologice din marea majoritate a afecțiunilor pneumologice.

**Concluzii:** Niciodată un clinician nu trebuie să stabilescă un diagnostic bazându-se doar pe examinarea imagistică.Această examinare trebuie obligatoriu să fie folosită integrând-o în examinarea anamnestică, clinică și uzitând de toate mijloacele paraclinice necesare stabilirii unui diagnostic corect.

**15. DIAGNOSTIC RADIOLOGIC DIFICIL ÎN EVALUAREA ETIOLOGIEI PLEUREZIILOR**

*Costin Popescu¹‧³, Cristian Ciobanu¹, Marian Olaru²‧³, Daniela Buiculescu¹, Mihnea Costin Tuță¹, Prof. Dr. Dan Mălăescu³, Viorel Rădulescu⁴, Liliana Popescu¹, Constantin Calafeteanu⁵*

*¹Spitalul Municipal Caracal, ²Spitalul Tudor Vladimirescu Dobrita, ³Universitatea Titu Maiorescu București, ⁴Medici De Familie, ⁵Vital Aire*

Efectele pleurale datorate formării crescute de lichid apar în următoarele situații:

1. creșterea producției de lichid interstițial (insuficiență cardiacă congestivă, insuficiență renală, pneumonie sau supraîncărcare iatrogenă de volum);

2. presiune hidrostatică crescută în capilarele pleurale (insuficiență ventriculară stângă, efuziune pericardică sau obstrucție a venei cave superioare);

3. permeabilitate capilară crescută (inflamație pleurală);

4. exces de lichid peritoneal (ascită sau dializă peritoneală în prezența unui defect diafragmatic);

5. perturbarea vaselor de sânge toracice sau a ductului toracic (operații, traumatisme sau malignitate);

6. scăderea presiunii pleurale (obstrucție bronșică).

Când se acumulează mai mult de 75 ml, lichidul pleural se revarsă de obicei în sinusul costodisfragmatic, rezultând opacifierea unghiului costofrenic la radiografie. Este prezența lichidului în această locație care explică semnul meniscului care este semn clasic de pleurezie; în ciuda utilizării lor pe scară largă pentru a vizualiza evacuări pleurale, radiografii toracice sunt relativ insensibile în determinarea acumulării de lichid pleural. Tomografia, pe de altă parte, este extrem de sensibilă și poate determina prezența a 2-10 ml de lichid.

În această lucrare vom prezenta mai multe pleurezii cu etiologie diferită cât și evoluția lor radiologică.

**16. IMPACTUL PRODUS DE COVID-19 ÎN CAZUL AFECȚIUNILOR TBC**

*Costin Popescu¹‧³, Mihaela Zaharia¹, Liliana Popescu¹, Mihnea Costin Tuță¹, Prof. Dr. Dan Mălăescu³, Viorel Rădulescu⁴, Daniel Anțoș¹, Marian Olaru ²‧³*

*¹Spitalul Municipal Caracal, ²Spitalul Tudor Vladimirescu Dobrita, ³Universitatea Titu Maiorescu București, ⁴Medici de familie*

Epidemia COVID-19 începută la noi în martie 2020 a determinat modificări semnificative în lumea medicală - a început o medicină de tranșee în care medicul, asistentele și infirmierele au fost în primul rând; pe de altă parte atitudinea reticentă și uneori frica determinate de această epidemie produsă în laborator a condus la situații paradoxale.

Din tabel se observă o scădere și apoi o nouă ascensiune a tuberculozei (atunci când impactul cu Covid-19 a fost diminuat)

BOLNAVI LUAȚI ÎN EVIDENȚĂ 2005-2016

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2007** | **2008** | **2009** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** |
| **TOTAL** | **125** | **127** | **153** | **129** | **130** | **123** | **98** | **98** | **98** | **100** | **99** |
| **CAZURI NOI** | **93** | **89** | **124** | **94** | **108** | **95** | **67** | **73** | **73** | **66** | **72** |
| **RECIDIVE** | **32** | **38** | **29** | **35** | **22** | **28** | **31** | **25** | **25** | **35** | **27** |

BOLNAVI LUAȚI ÎN EVIDENȚĂ 2017-2021

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** |
| **TOTAL** | **99** | **91** | **64** | **44** | **51** |
| **CAZURI NOI** | **72** | **66** | **48** | **32** | **32** |
| **RECIDIVE** | **27** | **25** | **16** | **12** | **19** |

BOLNAVI LUAȚI ÎN EVIDENȚĂ 6 LUNI- 2022

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **IANUARIE 2022** | **FEBRUARIE 2022** | **MARTIE 2022** | **APRILIE 2022** | **MAI 2022** | **IUNIE 2022** |
| **CAZURI NOI** | **2** | **6** | **5** | **4** | **5** | **7** |
| **RECIDIVE** | **2** | **0** | **2** | **0** | **1** | **0** |

**CONCLUZII:**

- Sistem medical nepregătit;

- Frica de moarte a pacienților;

- Epuizarea personalului medical – existând diferențe majore în cadrul județelor;

- Forme foarte grave de tuberculoză apărute în anul 2022.

**17. DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN PNEUMONIILE COMUNITARE**

*Marian Olaru¹, Prof. Asoc. Dr. Costin Popescu², Prof. Univ. Dr. Dan Mălăescu², Prof. Univ. Dr. Constantin Marica³*

*¹Spitalul PNF Tudor Vladimirescu, ²Universitatea Titu Maiorescu București, ³UMF Carol Davila București*

**PNEUMONIA COMUNITARĂ** = pneumonia contractată în mediul extraspitalicesc.

**PNEUMONIA TIPICĂ** (francă, lobară):

Debut acut, brutal, febră (38-400 C), frison, dureri toracice cu caracter de junghi, tuse iniţial seacă, ulterior productivă, transpiraţii profuze.

Semne accesorii: herpes nazo-labial, hiperemia pomeţilor.

Clinic: sindrom de condensare.

Radiologic: opacitate omogenă, sistematizată, cu bronhogramă aerică prezentă, neretractilă, +/- revărsat lichidian.

Bioumoral: sindrom inflamator: leucocitoză cu neutrofilie; VSH, fibrinogen, CRP.

**PNEUMONIA ATIPICĂ** (interstiţială):

Determinată frecvent de virusuri sau alte microorganisme (genul Mycoplasma, Chlamydia).

Debut progresiv, frecvent precedată de semne de infecţie de căi respiratorii superioare, cefalee, mialgii, tuse seacă, subfebrilitate, dureri toracice difuze.

Semne fizice puţine, eventual rare raluri bronşice.

Radiologic: opacităţi de tip interstiţial, hilifuge, hiliobazale, opacităţi micronodulare, difuze în ambele câmpuri pulmonare.

Bioumoral: mai frecvent leucopenie, sindrom inflamator moderat.

**TESTE SEROLOGICE:**

Pentru multe microorganisme sunt nespecifice datorită unor reacţii antigenice încrucişate, timp mare necesar apariţiei unui titru serologic crescut care să confirme diagnosticul, pentru Mycoplasma - titrul de aglutinine la rece >1:64, sensibilitate de 30-60%, necesită o săptămână pentru pozitivare (Ig M)

pentru Chlamydia - IgM cu pozitivare în 3 săptămâni şi IgG în 2 luni, pentru Legionella - detectarea antigenului urinar (serogrup 1) cu sensibilitate şi specificitate bune - detectare în 5 zile; serologic-titru IgM >1:256, identificarea antigenelor polizaharidice pneumococice prin contra-imunolectroforeza din sânge, lichid pleural – doar în anumite laboratoare, serologia virală - cu interes doar epidemiologic şi retrospectiv-necesită mai multe săptămâni pentru pozitivare (sero-conversie daca titrul Ac se multiplică de 4 ori la 2 determinări la interval de 15 zile). Tratamentul antibiotic se iniţiază cât mai repede după stabilirea diagnosticului.

Iniţial tratament empiric, iar după stabilirea agentului cauzal (după ex. bacteriologic) se adaptează tratamentul antibiotic conform antibiogramei.

**RECOMANDĂRILE TRATAMENTULUI EMPIRIC CONFORM ATS (AM.THORACIC SOCIETY) ŞI BTS (BRITISH THORACIC SOCIETY)**

1. Pneumonie comunitară fără semne de severitate:

De preferat: Aminopenicilina–Amoxicilina 1,5-2 g/zi-10-14 zile; Ampicilina 2g/zi; sau benzyl-penicilina 1,2 gX4/zi,i.v.

Alternativă: Macrolide (Eritromicină -2 g/zi-p.o. sau i.v., Claritro sau Azitromicina), sau cefalosporină de gen. II sau III (Cefuroxim sau Cefotaxim, Cefoperazona, Ceftriaxona).

2. Pneumonii severe cu agent cauzal neprecizat:

De preferat: Eritromicina-4g/zi i.v.+ o cefalosporină gen. II sau III (Cefuroxim 1,5 gx3/zi sau Cefotaxim 2 gx3/zi).

Alternativă: Amoxicilina 1,2 g x 3/zi + Flucloxacină 2g x 4/zi+ Eritromicină 1 g x4/zi

**18. DIAGNOSTICUL BACTERIOLOGIC ȘI TOMOGRAFIC ÎN BRONȘIECTAZII**

*Liliana Popescu ¹˒³, Daniela Buiculescu¹, Mihai Dan Nicki⁵, Costin Popescu¹˒³, Prof. Univ. Dr. Dan Mălăescu³, Radu Stoica⁴, Mihnea Costin Tuță¹, Mihaela Zaharia¹, Marian Olaru²˒³, Cristina Zîmbrea¹ ¹Spitalul Municipal Caracal, ²Spitalul Tudor Vladimirescu Dobrita, ³Universitatea Titu Mariorescu, ⁴Medici de familie, ⁵Spitalul Orășenesc Corabia*

Bronșiectazia este o dilatare anormală și permanentă a bronhiilor. Poate sa fie focală, implicând căile respiratorii care furnizează o regiune limitată de parenchim pulmonar, fie difuz, implicând căile respiratorii într-o distribuție mai răspândită. Este o tulburare care afectează de obicei persoanele în vârstă; aproximativ două treimi dintre pacienți sunt femei.

Se asociază dilataţia bronşică a bronşiectaziei cu modificări distructive și inflamatorii ale pereților căilor respiratorii de dimensiuni medii, adesea la nivel de segmentare sau bronhiilor subsegmentare. Inflamaţia căilor respiratorii este în primul rând mediată de neutrofile și are ca rezultat o reglare în sus a enzimelor precum elastaza și metaloproteinazele.

**CAUZE INFECȚIOASE**

Adenovirusul și virusul gripal sunt principalii virusuri care provoacă bronșiectazie în asociere la nivelul căilor respiratorii inferioare implicând tractul respirator.

**CAUZE NEINFECȚIOASE**

Unele cazuri de bronșiectazie sunt asociate cu expunerea la o substanță toxică care incită un răspuns inflamator sever. Exemplele includ inhalarea unui gaz toxic cum ar fi amoniacul sau aspirarea conținutului gastric acid, deși această din urmă problemă este adesea complicată ducând și la aspirarea bacteriilor. Un răspuns imunitar în căile aeriene poate declanșa, de asemenea, inflamație, modificări distructive și dilatație bronșică.

**TOMOGRAFIA COMPUTERIZATĂ DE ÎNALTĂ REZOLUȚIE**

HRCT s-a dovedit a fi o metodă fiabilă și neinvazivă pentru evaluarea bronșiectaziei. HRCT poate diagnostica cu precizie (sensibilitate de 97%) bronșiectazia, localizează și descrie zonele de anomalie a parenchimului și identifică anomaliile bronhiolare și blocarea mucusului la nivelul bronhiilor de ordinul al cincilea și al șaselea. De asemenea, se pot identifica zonele focale de captare a aerului ca indicator al bolii căilor respiratorii mici.

Este indicat în evaluarea bronşiectaziei când:

1. se are în vedere rezecția chirurgicală, bronșiectazia fiind gravă;

2. radiografiile toracice suspectate clinic și de rutină sunt normale;

3. alte anomalii parenchimatoase trebuie să fie mai bine definite. Dilatarea căilor aeriene poate fi detectată prin găsirea liniilor de tramvai sau aspectul inelului cu hipertransparenta centrală. Se poate observa și îngroșarea peretelui bronșic. Dovezile de blocare a căilor respiratorii mici cu resturi (arborele în muguri) pot de asemenea fi văzute.

**19. EVALUAREA BOLNAVILOR CU SAS SEVER**

*Prof. Univ. Dr. Dan Mălăescu*

*Universitatea Titu Maiorescu București – Sucursala Tîrgu-Jiu*

**CRITERII DE DIAGNOSTIC ÎN APNEEA ÎN SOMN DE ICSD-2**

Diagnostic=A+B+D sau C+D

***A. Cel puțin un criteriu este îndeplinit***

1. Apariția unui episod de somn neintenționat în timpul stării de veghe, somnolența diurnă, somn neodihnitor, oboseală, insomnie - *simptomatogie diurnă*

2. Treziri însoțite de senzația de sufocare - *simptomatologie nocturnă*

3. Partenerul de pat descrie sforăit zgomotos și/sau întreruperi ale respirației în timpul somnului - *relatările partenerului*

***B. Polisomnografia relevă***

1. Evenimente respiratorii (apnei+hipopnei+RERAs)/ora de somn >5/ ora

2. Prezența efortului respirator pe durata întregului sau a unei porțiuni a fiecărui eveniment respirator sau

***C. Polisomnografia releva;***

1. Evenimente respiratorii (apnei+hipopnei+Reras)/ora de somn >15 /ora

2. Prezența efortului respirator pe durata întregului sau a unei porțiuni a fiecărui eveniment respirator

***D. Patologia/apneea*** nu este mai bine explicată printr-o altă patologie a somnului, afecțiune neurologică, utilizarea de medicamente sau a altor substanțe.

1. Evenimente respiratorii (apnei+hipopnei+Reras)/ora de somn >15 /ora

2. Prezența efortului respirator pe durata întregului sau a unei porțiuni a fiecărui eveniment respirator.

**20. METODE DE TRATAMENT AL FORMELOR SASO**

*Prof. Univ. Asoc. Dr. Costin Popescu*

*Universitatea Titu Maiorescu București – Sucursala Tîrgu-Jiu*

Tratamentul în SASO are următoarele principii:

1. Normalizarea și înlăturarea evenimentelor din timpul somnului;

2. Ameliorarea simptomelor;

3. Evoluția favorabilă a stării generale;

4. În același timp trebuie combătute somnolența diurnă și desele comorbidități asociate cardiovasculare.

Metode de tratament:

- CPAP

- proteze

- Tratament chirurgical

" standardul de aur" = ventilația continuă cu presiune pozitivă (Continuous pozitive airway pressure=CPAP) dar cu aderență scăzută la acest tratament.

**21. ENDOSCOPIA BRONŞICĂ ŞI EXAMENUL CITOLOGIC ÎN NEOPLAZIILE MALIGNE PULMONAREINTERNATE ÎN SPITALUL DE PNF   
T. VLADIMIRESCU ÎN ULTIMII TREI ANI (2019-2022)**

*Marian Olaru¹, Prof. Univ. Dr. Dan Mălăescu², Prof. Asoc. Dr. Costin Popescu²*

*¹Spitalul PNF Tudor Vladimirescu Dobrița, ² Universitatea Titu Maiorescu București – Sucursala Tîrgu-Jiu*

**Introducere**

În prezenta lucrare, am încercat să scoatem în evidență importanța evaluărilor clinice, endoscopice bronșice și a examinărilor citologice, în stabilirea unui diagnostic de certitudine în neoplaziile maligne de la nivel bronho-pulmonar.

**Material și metode**

Pentru realizarea prezentei lucrări, au fost luate în studiu 64 de cazuri, pentru care am folosit fișe tip de monitorizare. În cadrul lucrării prezente, ca și material, în principal, am folosit foile de observație și totodată am realizat și o statistică a reprezentării afecțiunilor neoplazice de la nivelul pleura-pulmonar. Am exemplificat în studiul nostru cu o iconografie pe care am considerat-o reprezentativă.

**Discuții**

Toți pacienții care au făcut obiectul studiului nostru, au fost simptomatici, prezența simptomatologiei putând-o explica prin faptul că suntem un spital de pneumologie. Ca și simptomatologie dominantă, am întalnit tusea asociată cu expectorație hemoptoică. Pacienții diagnosticați cu cancer pulmonar metastatic, nu au fost introduși în prezentul studiu, fiind luați în considerație doar pacienții cu cancer pulmonar primar și cancer pulmonar dovedit, cu metastazare pleurală. Examinarea paraclinică de primă intenție este examinarea radiologică a toracelui (radiografia toracică AP, tomografia plană, C.T.), care decelează în marea majoritate a cazurilor imagini sugestive pentru afecțiunile tumorale. În serviciul nostru, atunci când apare suspiciunea de formațiune tumorală pulmonară, examenele paraclinice sunt completate obligatoriu cu examinarea fibrobronhoscopică.

**Concluzii**

Examinarea paraclinică de primă intenție, a fost examinarea radiologică a toracelui, care evidențiază imagini cu caracter sugestiv pentru cancerul bronho-pulmonar. Examenul fibrobronhoscopic urmează firesc în acest context și îl considerăm obligatoriu pentru stabilirea cât mai rapidă a etiologiei neoplazice maligne pentru ca bolnavul să poată beneficia de un tratament corect, atât chirurgical, cât și chimioterapic, iradierea cu diverși izotopi fiind mai puțin indicate.

Nu numai imaginea în timp real a modificărilor de tip tumoral a regiunilor bronșice este importantă la examenul bronhofibroscopic, o mare importanță având-o și posibilitatea recoltării de produse patologice pentru citologie în urma brosajului bronșic și/sau a materialului bioptic pentru examenul anatomo-patologic.

Examinarea citologică și anatomo-patologică a produselor recoltate în cursul fibroscopiei bronșice, a stabilit diagnosticul de afecțiune neoplazică malignă la 50 de cazuri dintre cele 64 luate în calcul (74,12%).

**22. ASTMUL LA VÂRSTA A TREIA – CE ȘTIM ?**

*Prof. Univ. Dr. Ruxandra Ulmeanu1, Andreea Vladau2*

*1Coordonator Național Certificare Endoscopie Bronsică, Președintele Societății Române de Pneumologie 2016-2020, Institutul de Pneumologie « Marius Nasta » București ; Facultatea de Medicină Oradea ; 2Centrul de Diagnostic și Tratament Spital Provita București*

Cuvinte cheie : astm, seniori, subdiagnostic, fenotip, particularități

Astmul nu este doar o afecțiune cu motiv de prezentare la camera de gardă sau la medic. Inflamația căilor respiratorii variabilă ca fenotip și manifestări clinice are alte caracteristici la vârsta a treia. 40% din astmatici au peste 60 de ani.

În afara astmului silențios și a celui debutat cu declanșator infecțios viral, înseși îmbătrânirea plămânului, imunosenescenta și inflammaging contribuie la evoluția sau apariția astmului la vârstinici.

Simptomele sunt nespecifice : de la fatigabilitate ușoară progresivă până la sub-acutizări, pot fi mult timp considerate « normalități » pentru vârsta a treia. Alteori, pot fi asociate altor comorbidități prin similitudinea simptomelor și poate deloc referite către evaluare pneumologică.

Spirometria diagnostică are particularități la vârsta a treia și interpretarea rezultatelor trebuie să fie ajustată la scale conform vârstei și în dinamică. Imagistica CT poate releva modificări structurale orientative, explică obstrucția fixă la vârstnici.

Managementul și controlul astmului aduce cu sine provocările vârstei a treia, de la tehnica inhalatorie care necesită reinstruire frecventă, până la variabilitatea răspunsului la terapia farmacologică și efecte adverse.

Lipsa segmentului de seniori din studiile clinice se reflectă în ghiduri. Pacientul vârstnic cu astm trebuie tratat personalizat și în majoritatea cazurilor prin decizie multidisciplinară : cardiolog, ORL, gastroenterolog, alți specialiști.

Controlul și complianta la terapia inhalatorie pot fi obținute prin vizite cu durata mai mare decât uzual și prin monitorizare îndeaproape pentru pacienții la vârsta a treia cu astm.

**23. CANABISUL  ȘI EFECTELE  SALE PULMONARE**

***Prof. Univ. Dr. Florin Mihălțan, Ancuța Constantin***

***UMF Carol Davila București***

Canabisul se prezintă ca o altă provocare a acestui deceniu. Din ce în ce mai bine descifrat  prin studii aprofundate, acest drog rămâne în continuare o sursă de dezbateri științifice . Legalizat în unele state, el este la concurență cu tutunul din punctul de vedere al efectelor generatoare de simptomatologie respiratorie, a bronșite cronice, cancer bronșic, infecții respiratorii, etc. Vom trece în revistă în acest articol aspecte de farmacologie, epidemiologie, clinică și prevenție și vom încerca să demonstrăm care sunt mijloacele de prevenție cele mai eficace. Această trecere în revistă demonstrează încă odată că acest drog este cu multe pericole ascunse.

**24. ROLUL TOMOGRAFIEI COMPUTERIZATE ÎN DIAGNOSTICUL ȘI ABORDAREA TERAPEUTICĂ A LITIAZEI URINARE**

*Cătălin Alexandru Folcuti, Lector Univ. Dr. Roxana Mihaela Folcuti*

*Universitatea Titu Maiorescu - Târgu Jiu*

Litiaza urinară reprezintă o boală cu o prevalență în ascensiune la nivel internațional, prezentând o incidență de 11% la sexul masculin, respectiv 7% la sexul feminin. În plus, urolitiaza prezintă rata de recurență de aproximativ 50%. Majoritatea pacienților se adresează serviciului de primiri urgență, acuzând dureri lombare cu iradiere antero-inferioară, greață, vărsături, hematurie, disurie, polakiurie.

Tomografia computerizată reprezintă o metodă de elecție în investigarea imagistică a pacienților, având o specificitate de 96% și o sensibilitate de 95%. Tomografia computerizată efectuată nativ sau cu administrare de substanță de contrast în cazul în care probele renale biologice permit acest lucru, oferă multiple avantaje în comparație cu celelalte investigații imagistice ca ecografia, radiografia renală sau urografia. Aceste avantaje constă în timpul de achiziție rapid, accesibilitate și abilitatea de a putea caracteriza calculul urinar din punct de vedere al compoziției acestuia, cu ajutorul unităților Hounsfield.

În consecință, tomografia computerizată a devenit esențială în diagnosticarea inițială a litiazei urinare, a localizării acesteia, cât și în construirea unei scheme de tratament și supravegherea postoperatorie a pacienților.

**25. PARTICULARITĂŢILE AFECTĂRII CARDIOVASCULARE ÎN BOALA CRONICĂ DE RINICHI DE LA TEORIE LA GHIDURI**

*Șef lucrări Dr. Daniela Teodora Maria*

*Nefrologie, UMF Craiova*

Boala cronică de rinichi (BCR) este o problemă majoră de sănătate la nivel mondial și are o prevalență în creștere atât în România cât și în întreaga lume.

Conceptul de boală cronică de rinichi se defineşte conform KDIGO 2012 ca anomalii de structură și/sau funcţie renală care persistă mai mult de 3 luni, influențând starea de sănătate a pacienților. Este o afecțiune progresivă care afectează >10% din populația generală din întreaga lume (11.7% - 15.1%), şi numărul pacienţilor cu BCR în stadiu final ce necesită terapie de substituţie a funcţiei renale se estimează a fi între 4.902 și 7.083 milioane.

Sunt afectate în special persoanele în vârstă, femeile, minoritățile rasiale și persoanele cu diabet zaharat și hipertensiune arterială. Pacienții cu boală renală cronică au un risc de 20-30 de ori mai mare pentru morbiditatea și mortalitatea de cauză cardiovasculară decât indivizii similari

fără boală cronică de rinichi.

Riscul cardiovascular crescut se datorează prevalenței crescute a factorilor de risc cardiovascular tradiționali și netradiționali (factori proprii uremiei). Astfel, BCR determină o stare proinflamatorie cronică sistemică, contribuind la procesele de remodelare vasculară și miocardică, care au ca rezultat leziuni aterosclerotice, calcificare vasculară și senescență vasculară, precum și fibroză miocardică și calcificare a valvelor cardiace. În acest sens, insuficienţa renală cronică imită o îmbătrânire accelerată a sistemului cardiovascular.

Plecând de la aceste premise, cu ajutorul ghidurilor actuale, pentru prevenirea evenimentelor cardiovasculare la pacienții cu BCR ar trebui să încercăm: controlul valorilor tensiunii arteriale, al valorilor glicemice şi al echilibrului metabolic, corecţia anemiei, scăderea proteinuriei, gestionarea metabolismului mineral-osos, şi nu în ultimul rând optimizarea stilului de viață, inclusiv renunțarea la fumat, scăderea consumului de sare și menţinerea în limitele normalului a indicelui de masă corporală.

**26. ABORDAREA CLINICĂ A PACIENTULUI CU BOALĂ CRONICĂ DE RINICHI**

*Cristina Văduva*

*Centrul de Hemodializă Spital Clinic Județean de Urgență Craiova, Diaverum Craiova*

**Introducere**.Boala renală cronică (BCR) reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, având în vedere continuă creştere a incidenţei, potenţialul de progresie către stadiul terminal şi costurile extrem de mari ale îngrijirilor medicale necesare.

**Material si metodă**. BCR este mai degrabă un concept epidemiologic decât unul clinic: evidenţiază existenţa afectării renale cronice și la pacienţii cu RFG normală, include pacienţii cu transplant renal. Strategiile pentru minimalizarea costurilor au introdus BCR în programele naționale pentru boli netransmisibile.

Pacienții cu risc de a dezvolta boală cronică de rinichi sunt pacienții obezi, fumători, de rasă neagră, consumatori cronici de medicamente toxice renale, diagnosticați cu HTA, Diabet zaharat, boli ereditare renale, glomerulonefrită, boli autoimune. Anamneza pacienților cu BCR include: anamneză ocupațională, familială, consum cronic de medicamente. Evaluarea paraclinică a acestor pacienți constă în determinări serice care să evidențieze gradul de declin al funcției renale, metabolismul fosfocalcic, glucidic, lipidic, statusul inflamator și de încărcare cu fier precum si analiza urinii in ceeace privește sedimentul urinar, proteinuria/24 ore si urocultura. Evaluarea imagistică include ecografia abdominală, CT, RMN in funcție de necesități și nu în ultimul rând puncția biopsie renală.

Planul de ingrijire a acestor pacienți constă în abordarea multidisciplinară ce include medicina de familie, nefrologia , cardiologia si diabetul zaharat.

**Concluzii**. Mortalitatea crescută în aceste cazuri se datorează atât dezechilibrelor hidroelectrolitice acute, dar şi efectului cumulat al unei multitudini de anomalii cronice în plan clinic, hematologic, metabolic şi hormonal, precum unor comorbidități precum anemia şi sindromul hemoragipar, statusul inflamator şi malnutriţia, hipertensiunea şi insuficienţa cardiacă, tulburările digestive şi neurologice.

**27. ROLUL PROGNOSTIC AL TITRULUI ANTICORPILOR ANTI-RECEPTOR FOSFOLIPAZA A2 LA TREI LUNI DE LA DIAGNOSTIC ÎN NEFROPATIA MEMBRANOASĂ**

*Conf. Univ. Dr.Simona Stancu*

*UMF Carol Davila București*

*Spitalul Clinic de Nefrologie Dr Carol Davila București*

**Introducere**

Nefropatia membranoasă primară este o boală autoimună specifică rinichiului caracterizată prin prezența de anticorpi împotriva antigenelor prezente la nivelul membranei podocitare.

Leziunile sunt produse de injuria subletală a podocitelor prin activarea pe cale alternă a complementului în spațiul epimembranar. Rezultă dezorganizarea citoscheletului podocitelor, producție crescută de membrană bazală glomerulară, leziuni ale barierei de filtrare, mediate de radicali oxidanți și de factori de creștere. Proteinuria intensă și activarea complementului determină leziuni ale nefrocitelor.

Cel mai frecvent antigen de pe membrana podocitelor implicat în Nefropatie membranoasă este receptorul de fosfolipaza A2. Anticorpi anti-receptor fosfolipaza A2 (anti-PLA2R) au revoluționat abordarea diagnostică si terapeutică a pacienților cu Nefropatie membranoasă.

Valoarea prognostică a anticorpilor anti-receptor fosfolipaza A2 la trei luni de la diagnosticul Nefropatiei membranose nu este cunoscută.

**Metode**

A fost examinat retrospectiv prognosticul renal la 1 august 2020 la 59 de pacienți (vârsta 54 (44, 68) ani, 69% bărbați, creatinina serică 1.0 (0,9, 1,3) mg/dL) care au fost diagnosticați prin biopsie renală cu Nefropatie membranosă în perioada 2016-2019 și au avut un test serologic pozitiv pentru anti-PLA2R la diagnostic.

Pacienții au fost urmăriți până la inițerea tratamentului substitutiv al funcțiilor renale, remisiune parțială (proteinurie între 0,5 și 3,5g/24h) sau completă (proteinurie sub 0,5 g/24h si albumina serică peste 3,5g/dL).

Variabilele legate de prognosticul renal au fost evaluate cu ajutorul regresiei Cox univariabile și multrivariabile.

**Rezultate**

La 40 de pacienți (69%) titrul de anti-PLA2R s-a negativat la 3 luni; nu au fost descoperite diferențe în ceea ce priveste vârsta, creatinina serică, albumina serică, proteinuria și tratamentul la momentul diagnosticului comparativ cu pacienții care au avut titrul de anti-PLA2R pozitiv. Tratamentul imunosupresor a fost administrat la 57 de pacienți (97%); tratamentul bazat pe ciclofosfamidă fiind cel mai frecvent (87%), urmat de ciclosporină (10%).

În total 64% dintre pacienți au atins o formă de remisiune; ratele cumulative de remisiune au fost: 34% la 6 luni, 54% la 12 luni, 68% la 18 luni și 73% la 24 luni. Numai 5 pacienți au recăzut pe perioada studiului. Timpul mediu până la remisiunea cumulativă a fost de 12 (95%IC 8,2, 15,7) luni.

În regresia Cox, negativarea titrului de anti-PLA2R la 3 luni a fost un predictor independent al remisiunii, de asemenea, severitatea hipoalbuminemiei la diagnostic a fost identificată ca factor de prognostic negativ pentru absența remisiunii.

Pe perioada studiului 6 pacienți au murit (10%). Bolile cardio-vasculare și infecțioase au fost principalele cauze de deces. Cinci pacienți (9%) au inițiat tratamentul substitutiv al funcțiilor renale. Supraviețuirea medie renală a fost de 50,3 (95%IC 46,5, 54) luni. Nu au fost găsite diferențe în supraviețuirea renală între pacienții care au prezentat negativarea anticorpilor anti-PLA2R și cei care au fost pozitivi la trei luni.

**Concluzie**

Negativarea titrului de anticorpi anti-PLA2R în primele trei luni de la diagnostic este un factor de prognostic pentru remisiunea pacienților cu Nefropatie membranoasă.

**28. INHIBITORII SGLT2 SI BOALA CRONICA DE RINICHI – BENEFICII RENALE SI CARDIOVASCULARE**

*Prof. Univ. Dr. Eugen Moța*

*UMF Craiova*

“Niciodată nu a existat o descoperire mai importantă în nefrologie decât iSGLT2” - Navdeep Tangri

A fost primul tratament pentru pacienții cu BCR cu sau fără DZ2 care a redus progresia bolii, a redus riscul de boală cronică de rinichi in stadiul terminal, de evenimente CV și a prelungit supraviețuirea. SGLT2 se exprimă selectiv la nivel renal și este transportorul predominant pentru reabsorbția glucozei din filtratul glomerular, înapoi în circulația sanguină. SGLT2 este un co-transportator de sodiu și glucoză, care produce reabsorbția glucozei, la nivelul tubului contort proximal și determină modificări concomitente în reabsorbția renală a sodiului. Inhibarea SGLT2 promovează o reabsorbție mai distală a sodiului, reducȃnd presiunea intraglomerulară; Reducerea reabsorbției glucozei, mediată de inhibitorii SGLT2 (iSGLT2), poate reduce sarcina renală și inflamația/hipoxia ulterioară. Glucozuria și natriureza conduc la diureză osmotică, care poate îmbunătăți presarcina și postsarcina cardiacă, prin modificări favorabile ale volumului plasmatic, tensiunii arteriale, rigidității arteriale și ale lichidului interstițial. Modificările hemodinamice și neurohormonale mediate de inhibitorii SGLT2, pot contribui, cel puțin parțial, la îmbunătățirea funcției cardiace și renale, la rezultate favorabile, inclusiv scăderea riscului de insuficiență cardiacă, stabilizarea ratei filtrării glomerulare și reducerea albuminuriei. Inhibarea SGLT2 crește transportul de sodiu în *macula densa*, restabilind feedback-ul tubulo-glomerular, rezultatul fiind reducerea presiunii intra-glomerulare și a hiperfiltrării glomerulare.

Mecanisme posibile prin care iSGLT2 asigură protecție renală:

- Scăderea tensiunii arteriale, a disfuncției endoteliale și a rigidității arteriale;

- Îmbunătățirea utilizării substratului energetic;

- Reducerea elementelor pro-inflamatorii și pro-fibrotice (în stadiul experimental);

- Reducerea presiunii intra-glomerulare prin restabilirea feedback-ului tubulo-glomerular;

- Efect similar unui diuretic de ansă – menținerea volumului intra-vascular și reducerea încărcării volemice;

- Scăderea albuminuriei, cu posibilitatea reducerii efectului toxic direct asupra tubilor renali;

- Reducerea transportului solviților, creșterea hematocritului și creșterea transportului oxigenului în celulele tubulare renale;

- Efecte cardiovasculare directe, îmbunătățirea funcției cardiace și menținerea perfuziei renale.

Efectele glicemice ale iSGLT2 sunt: creșterea glicozuriei, scăderea glucotoxicitații, scăderea rezistenței la insulină, creșterea funcției celulelor β si scăderea greutații corporale.

Efectele extra-glicemice ale iSGLT sunt: creșterea natriurezei și a diurezei osmotice, scăderea fluidelor interstițiale, scăderea volumului plasmatic, creșterea hematopoiezei, scăderea presiunii arteriale si scăderea presiunii intraglomerulare.

Efectele glicemice ale iSGLT2 și efectele extra-glicemice ale iSGLT-2, genereaza beneficii metabolice, cardiovasculare și renale. Inhibitorii SGLT2 determină stimularea producției de eritropoietină și creșterea oxigenării țesuturilor. Mecanismele de protecție renală ale inhibitorilor SGLT2 sunt considerate independente de controlul glicemic. Concluzii: Inhibitorii SGLT2 formează o nouă clasă de agenți de scădere a glucozei, pe cale orală. Aceste medicamente au efecte pleiotropice multiple.

Presupusele efecte renoprotective sunt mediate de restaurarea feedback-ului tubulo-glomerular, inducerea natriurezei / diurezei și reducerea glucotoxicității renale. Efectul scăderii nivelului de glucoză la pacienții cu boală cronică de rinichi este diminuat, dar persistă efectele de scădere a albuminuriei, a tensiunii arteriale și scăderea greutătii corporale.

**29. TRATAMENTUL BOLNAVILORI CU HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ ȘI COMORBIDITĂȚI**

*Conf. Univ. Habil. Dr. Camelia Diaconu*

*UMF Carol Davila București, Spitalul Clinic de Urgență București*

Hipertensiunea arterială (HTA) este un factor major de risc cardiovascular. Există o interacțiune puternică între hipertensiunea arterială și alți factori de risc cardiovascular, de aceea HTA trebuie privită ca parte componentă a unui cumul de factori de risc și abordată mai agresiv terapeutic în prezența altor factori de risc. Riscul de mortalitate cardiovasculară se dublează pentru fiecare creștere a tensiunii arteriale cu 20/10 mm Hg. Scăderea tensiunii arteriale sistolice cu 10 mm Hg (și a celei diastolice cu 5 mm Hg) conduce la scăderea riscului de deces din cauza bolii coronariene cu 40-50% și a celui de deces prin accident vascular cerebral cu 50-60%. De aceea, este extrem de important ca medicii de diverse specialități să cunoască cele mai recente recomandări ale ghidului european de HTA, derivate din rezultatele celor mai noi studii în domeniu. Ghidul ESC/ESH 2018 conține o serie de recomandări noi referitoare la diagnosticul și tratamentul hipertensiunii arteriale, mai ales în funcție de comorbidități: diabet zaharat, boala coronariană, insuficiență cardiacă, etc. Pentru a satisface cererea tot mai mare de recomandări referitoare la îngrijirea eficientă a pacienților cu hipertensiune arterială și alte comorbidități, noi informaţii sunt generate și publicate în mod continuu, în ultimii ani înregistrându-se progrese substanțiale.

**30. TRATAMENTUL ANTIHIPERTENSIV LA PACIENTUL CU BOALĂ CORONARIANĂ**

*Conf. Univ. Dr. Camelia Diaconu*

*UMF Carol Davila București, Spitalul Clinic de Urgență București*

Cele mai multe decese legate de valorile crescute ale tensiunii arteriale sistolice sunt determinate de boala coronariană și accidentul vascular cerebral. Un control bun al valorilor tensiunii arteriale este deosebit de important, atât pentru prevenția apariției bolilor cardiovasculare, cât și pentru scăderea afectării organelor-țintă, ameliorarea prognosticului și a supraviețuirii. La pacienții cu boală coronariană și angină stabilă clasele de medicamente antihipertensive utilizate sunt inhibitorii enzimei de conversie sau blocantele receptorilor de angiotensină, antagoniștii de canal de calciu, betablocantele. Tratamentul de primă intenție este cu betablocant și antagonist de canal de calciu. La acești pacienți valoarea-țintă a tensiunii arteriale sistolice este de 120-130 mm Hg. La bolnavii cu sindrom coronarian acut se poate asocia inhibitor al enzimei de conversie sau blocant al receptorilor de angiotensina, în special dacă pacientul are fracție de ejecție redusă. Pentru controlul tensiunii arteriale la pacienții cu boală coronariană se preferă utilizarea combinațiilor medicamentoase în doze fixe, pentru a crește aderența la tratament.

**31. TRATAMENTUL ANTIHIPERTENSIV LA PACIENTUL CU INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ**

*Conf. Univ. Dr. Camelia Diaconu*

*UMF Carol Davila București, Spitalul Clinic de Urgență București*

Sistemul renină-angiotensină-aldosteron are un rol important în apariția insuficienței cardiace la bolnavul cu hipertensiune arterială. Scăderea tensiunii arteriale sistolice cu 10 mm Hg și a tensiunii diastolice cu 5 mmHg conduce la scăderea riscului de insuficiență cardiacă cu 40%. Tratamentul farmacologic antihipertensiv la pacientul cu insuficiență cardiacă se inițiază când tensiunea arterială este > 140/90 mm Hg. Tensiunea arterială nu ar trebui scăzută < 120/70 mm Hg, deoarece tensiunea sistolică prea scăzută are impact negativ asupra supraviețuirii la pacienții cu insuficiență cardiacă. La bolnavul cu insuficiență cardiacă cu fracție de ejecție scăzută terapia inițială constă în inhibitor al enzimei de conversie sau blocant al receptorilor de angiotensină, diuretic tiazidic/tiazidic-like/de ansă și betablocant. Terapia de linia 2 constă în adăugarea unui diuretic antialdosteronic și blocant al canalelor de calciu dihidropiridinic, dacă tensiunea arterială nu este controlată. La bolnavul cu insuficiență cardiacă cu fracție de ejecție păstrată tratamentul optim nu este cunoscut, însă terapia recomandată poate fi similară cu cea administrată bolnavilor cu fracție de ejecție scăzută.

**32. TRATAMENTUL ANTIHIPERTENSIV LA BOLNAVUL CU DIABET ZAHARAT**

*Loredana-Crista Laslo1,2, Conf. Univ. Dr. Camelia Diaconu1,2*

*1Spitalul Clinic de Urgență București*

*2UMF Carol Davila București*

Hipertensiunea arterială este o boală cu prevalență înaltă, afectând în medie 22% din populația europeană cu vârsta de peste 15 ani. Diabetul zaharat este de asemenea o boală cronică frecventă, cu prevalența în continuă creștere și cu o evoluție marcată de numeroase complicații. Cele două patologii se întâlnesc deseori la același pacient, asocierea lor inducând un risc suplimentar asupra organelor țintă comune. Atât hipertensiunea arterială cât și diabetul zaharat sunt patologii ce influențează negativ riscul cardiovascular - tensiunea arterială fiind unul dintre parametrii evaluați in harta SCORE de risc cardiovascular, iar prezența diabetului zaharat încadrând automat pacienții în clasele de risc cardiovascular moderat, înalt sau foarte înalt, în funcție de particularități. Controlul tensional și cel glicemic sunt de o importanță majoră pentru scăderea morbidității și mortalității în cazul acestor pacienți. Inițierea tratamentului antihipertensiv se recomandă la pacienții cu diabet zaharat la TA ≥140/90mmHg, ținta fiind TA<130/80mmHg, însă peste 120/70mmHg. La pacienții vârstnici se admite o TA sistolică între 130-139mmHg. Tratamentul antihipertensiv în cazul pacienților cu diabet zaharat prezintă particularități, clasa preferată fiind cea a blocanților sistemului renină-angiotensină-aldosteron la care se poate asocia un diuretic sau un blocant de canale de calciu. De asemenea, trebuie acordată atenție funcției renale ce poate fi afectată atât secundar nefropatiei hipertensive, cât și secundar nefropatiei diabetice și impune modificări și prudență terapeutică, mai ales când eRFG <30mL/min/1,73m2.  
În concluzie, controlul tensional la pacienții cu diabet zaharat este deosebit de important pentru a reduce morbiditatea și mortalitatea de cauză cardiovasculară și pentru a ameliora prognosticul.

**33. BOLILE INFLAMATORII INTESTINALE - O PROVOCARE DIAGNOSTICĂ**

*Matei-Alexandru Cozma, Conf. Univ. Dr. Camelia Diaconu*

*UMF Carol Davila Bucuresti*

Bolile inflamatorii intestinale (BII), reprezentate de rectocolita ulcero-hemoragică (RCUH) și boala Crohn (BC), sunt patologii imun-mediate, cu debut în perioada adultă și cu fiziopatologie similară, caracterizată de perioade de activitate și de remisie, dar cu câteva diferențe notabile: BC prezintă o inflamație transmurală ce poate afecta orice porțiune a tubului digestiv, în timp ce RCUH afectează, într-o manieră continuă, doar mucoasa colonică. Atât incidența, cât și prevalența BII au crescut constant de-a lungul ultimilor decenii, în principal datorită creșterii capacității de diagnostic, numărul pacienților crescând de la 3.7 mil. în 1990 la 6.8 mil. în 2017. Incidența cea mai mare este în America de Nord (0.6-24.3/100 000 loc.), iar cea mai mică în Asia (0.1–6.3/100 000 loc). Diagnosticul bolilor inflamatorii intestinale a rămas, în ciuda progreselor făcute în descrierea preceselor imunologice și fiziopatologice, unul dificil de stabilit, din cauza simptomelor nespecifice și a lipsei unor modificări histologice patognomonice. Simptomele cardinale, prezente la peste 85% din pacienți, sunt durerea abdominală, scaunele diareice/sangvinolente și simptomele sistemice, precum fatigabilitatea, scăderea ponderală sau febra. BC asociază mai frecvent scăderea în greutate sau sindromul de malabsorbție, iar RCUH scaunele cu mucus sau sangvinolente. Complicațiile locale, mai frecvent în cazul BC, sunt cele perianale, fistulele sau abcesele, iar printre manifestările extra-intestinale, se numără cele articulare, oculare sau dermatologice. Diagnosticul este stabilit prin colonoscopie, ce decelează modul de afectare al mucosei, ulcerații, stergerea desenului vascular, friabilitatea sau sângerarea ușoară a mucoasei, iar histopatologic sunt descrise frecvent dezorganizarea arhitecturii criptice, granuloame sau infiltrat inflamator cu neutrofile.

**34. PRINCIPII DE TRATAMENT ÎN BOALA CROHN PERIANALĂ**

*Vlad Alexandru Ionescu1,2, Gina Gheorghe1,2, Camelia Diaconu1,3*

*1UMF Carol Davila Bucuresti*

*2Clinica de Gastroenterologie, Spitalul Clinic de Urgență București*

*3Clinica de Medicină Internă, Spitalul Clinic de Urgență București*

Boala Crohn este o afecțiune inflamatorie cronică ce poate afecta orice porțiune a tractului gastrointestinal, asociind frecvent boală perianală. Aceasta include leziuni precum fisuri și stricturi anale, fistule perianale sau abcese perianale. Managementul terapeutic al acestor leziuni este ghidat de evaluare imagistică prin colonoscopie, tomografie computerizată pelvină, rezonanță magnetică nucleară pelvină sau ecoendoscopie rectală. Obiectivele tratamentului pot varia de la vindecarea completă a leziunilor în cazul fisurilor sau fistulelor simple, până la ameliorarea simptomatologiei și calității vieții pacientului, dar fără închidere completă în cazul fistulelor complexe. În funcție de severitatea simptomatologiei, complexitatea anatomică a leziunilor, riscul de complicații și activitatea bolii Crohn se poate opta pentru tratament medicamentos sau chirurgical. Astfel, fistulele simple, asimptomatice se pot remite fără un tratament specific, în timp ce fistulele complexe necesită asocirea terapiilor biologice cu antibioterapie (metronidazol și/sau ciprofloxacină). Pacienții care nu răspund la tratamentul medicamentos sau cei cu abcese perianale necesită drenaj chirurgical. Cea mai recentă metodă terapeutică este reprezentată de darvadstrocel, o suspensie de celule stem umane mezenchimale alogene. Acesta a dovedit beneficii la pacienții cu boala Crohn luminală non-activă sau ușor activă și fistule perianale complexe, cu răspuns inadecvat la cel puțin un tratament convențional sau biologic.

**35. TRATAMENTUL PACIENȚILOR CU BOLI INFLAMATORII INTESTINALE ÎN EPOCA MEDICAMENTELOR BIOSIMILARE**

*Gina Gheorghe1,2, Vlad Alexandru Ionescu1,2, Conf. Univ. Dr. Camelia Diaconu1,3*

*1UMF Carol Davila Bucuresti, ²Departamentul de Gastroenterologie, Spitalul Clinic de Urgență București, ³Departamentul de Medicină Internă, Spitalul Clinic de Urgență București*

Bolile inflamatorii intestinale, prin caracteristicile histopatologice, precum si prin variabilitatea anatomică a distribuției leziunilor și severitatea acestora dau naștere unui spectru larg de manifestări clinice, cu abordări terapeutice specifice. În prezent, pacienții diagnosticați cu boli inflamatorii intestinale pot beneficia de tratamente medicale sau chirurgicale. Printre terapiile farmacologice se numără 5-aminosalicilații, glucocorticoizii, imunomodulatoarele și terapiile biologice. Costurile mari pe care le implică terapiile biologice au condus la dezvoltarea unor versiuni biosimilare ale acestor medicamente, scopul principal fiind reprezentat de creșterea accesibilității pacienților la tratament. Ghidurile ECCO au aprobat utilizarea medicamentelor biosimilare la pacienții cu boală Crohn sau rectocolită ulcero-hemoragică, considerând ca acestea au eficiență similară cu a produselor de referință. De asemenea, datele din literatură au evidențiat faptul că efectele adverse și pierderea răspunsului din cauza imunogenicității la un medicament biologic nu pot crește prin utilizarea unui produs biosimilar al aceleiași molecule. De asemenea, ghidurile recente au aprobat switch-ul de pe un produs de referință pe un produs biosimilar, dovedind menținerea beneficiilor privind remisiunea clinică, endoscopică si histologică.

**36. PREZENTARE ATIPICĂ A UNUI ADENOCARCINOM CU CELULE ÎN INEL CU PECETE**

*Ninel Iacobus Antonie1, Mihaela Emilia Tănăsescu1, Mihai Lucian Ciobîcă2*

*1 Clinica de Pneumologie, Institutul de Pneumoftiziologie Marius Nasta, București*

*2 Clinica de Medicină Internă, Spitalul Universitar de Urgență Militar Central “Dr. Carol Davila”, București*

**Introducere.** Adenocarcinomul gastric cu celule în inel cu pecete poate reprezenta o provocare în depistarea precoce din cauza manifestărilor clinice și paraclinice atipice.

**Prezentarea cazului**. Bărbat în vârstă de 57 de ani se prezintă pentru dispnee progresivă în ultimele 5 luni până la dispnee de repaus. În urma evaluării clinice și paraclinice se constată prezența unui sindrom de revărsat pleural bilateral important (dr > stg.). Se efectuează toracocenteză diagnostică și terapeutică, ce evidențiază chilotorax drept, iar în hemitoracele stâng exudat cu aspect serohemoragic. S-a efectuat ligatura chirurgicală supradiafragmatică a ductului toracic, însoțită de prelevarea de probe bioptice din pleura dreaptă.  Evolutia a fost nefavorabilă prin apariția malnutriției protein-calorice, limfedemului generalizat predominant la nivelul membrelor inferioare, ascitei  și persistența pleureziei stângi. În vederea stabilirii diagnosticului etiologic al revărsatului chilos s-a exclus imagistic ipoteza unei patologii limfoproliferative, ipoteza carcinomului bronhioloalveolar în urma efectuării lavajului bronhio-alveolor, ipoteza limfangioleiomiomatozei prin infirmarea prezenței HMB-45 la studiul imunohistochimic. În urma efectuării paracentezei se evidențiază prezența chiloperitoneului. Se efectuează o nouă toracocenteză evacuatorie și diagnostică stângă, cu prelevarea de probe bioptice din pleură. Examenul anatomo-patologic confirmă prezența de celulularitate neoplazică (aspect de celulă în inel cu pecete). Se ridică ipoteza unui adenocarcinom cu celule în inel cu pecete. Se efectuează endoscopie cu obiectivarea unui ulcer antropiloric circumferențial, cu margini neregulate și aspect infiltrativ, înalt sugestiv pentru malignitate. Diagnosticul pozitiv a fost de adenocarcinom cu celule în inel cu pecete cu punct de plecare gastric, determinări secundare osoase, tromboembolism pulmonar subsegmentar bilateral, insuficiență respiratorie hipoxemică hipercapnică, chilotorax drept, pleurezie stângă, chiloperitoneu, pahipleurită apico-latero-bazală dreaptă, limfedem generalizat.

**Concluzii**. Chilotoraxul și chiloperitoneul pot reprezenta manifestarea de debut a unui adenocarcinom cu celule în inel cu pecete, cu punct de plecare gastric.

**37. DISLIPIDEMIA LA COPIL**

**ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ**

*Cătălina Malageanu*

*CMI Gîrcov*

**Dislipidemia** cuprinde totalitatea dezechilibrelor care pot apărea în cadrul metabolismului lipoproteinelor(colesterol total crescut, LDL crescut, HDL scăzut, trigliceride crescute) și reprezintă un factor de risc cardiovascular major. Tulburările la nivelul metabolismului încep adesea înca din copilărie și adolescență, iar identificarea acestora timpurie contribuie la reducerea riscului de evenimente cardivasculare la vârsta adultă. Procesul de ateroscleroză începe în copilărie și continuă pe parcursul întregii vieți, având ca rezultat formarea plăcilor de aterom care se pot tromboza sau rupe, determinând producerea de evenimente cardiovasculare acute.

**FACTORI DE RISC CARDIOVASCULAR LA COPIL**

Dislipidemia - obezitatea

Diabetul zaharat tip I,II - hipertensiunea arteriala

Dislipidemia familială - expunere la fumat(activ/pasiv)

Sedentarism - boala cronică de rinichi

Neoplasme în copilărie - boli congenitale cardiace

Cardiomiopatia - boli inflamatorii cornice

Infecția cu HIV - boli depressive si tulburari bipolare

Prezența factorilor de risc cardiovascular în copilărie este corelată direct cu riscul de evenimente cardiovasculare majore la adult. De aceea, identificarea copiilor și adolescenților cu dislipidemie și aplicarea unor măsuri preventive cât mai precoce, ar putea întarzia apariția bolilor cardiovasculare timpurii la adulți.

Se recomandă sceeningul pentru profilul lipidic la toți cppiii la care se identifică istoric familial de dislipidemie sau istoric familial de boală cardiovasculară la copii obezi sau supraponderali.

Bilanțul de evaluare cuprinde:

- antecedente heredocolaterale și personale

- identificarea factorilor de risc cardiovascular

- identificarea condițiilor clinic associate

- medicația sau suplimentele utilizate

- menționarea datelor referitoare la stilul de viață (dietă, obiceiuri alimentare, practicare exercițiu fizic)

Examenul clinic cuprinde:

- măsurători antropometrice (greutate, talie, IMC, circumferința abdominală, pliul abdominal)

- măsurarea tensiunii arteriale

- identificarea inelului corneean sau xantoamelor tuberoase

- semnele sindroamelor asociate (ovar polichistic, hipotiroidie)

Investigațiile de laborator:

- determinarea profilului lipidic

- glicemie, test de încărcare cu glucoză, nivel insulinic la copiii obezi, supraponderali

- ionogramă sanguină

- teste renale( creatinine, uree, acid uric)

- teste hepatice

- măsurarea tensiunii arteriale

- ecografie pentru identificare plăci de aterom

Identificarea unui profil lipidic modificat și a unui risc cardiovascular crescut, impune măsuri terapeutice instituite rapid.

Măsuri terapeutice:

- schimbarea stilului de viață

- terapie farmacologică dacă este cazul, diferențiat în funcție de valoarea LDL colesterol

**LDL** cu valori sub 110mg/dl sau între 110-129mg/di impune măsuri de viață și promovarea unui stil de viață sănătos, monitorizarea la un an

**LDL** cu valori de peste 129mg/dl indică efectuarea de investigații suplimentare, cu probabilitate mare de a avea dislipidemie de tip familial

**LDL** cu valori peste 160mg/dl în ciuda unei diete și a unui stil de viață corect, impune trimiterea copilului la un specialist pediatru lipidolog pentru alte investigații, cu începerea terapiei medicamentoase cu statine la copiii cu vârsta peste 10 ani și hipercolesterolemie severă, refractară la dietă și schimbarea stilului de viață.

**LDL** cu valori peste 250mg/dl copilul este referit direct medicului lipidolog

Medicul de familie are un rol foarte important în primul rând în conștientizarea problemei, acceptul pacientului de a începe o modificare a stilului de viață care se poate realiza doar cu susținerea familiei.

**RECOMANDĂRI DE MODIFICARE A STILULUI DE VIAȚĂ ÎN VEDEREA SCĂDERII RISCULUI CARDIOVASCULAR**

- Evitarea alimentelor bogate în acizi grași trans;

- Creșterea aportului de legume, fructe, cereale integrale, nuci, pește;

- Utilizarea fierberii, gătirii la abur, coacerii la grătar ca metode de preparare a hranei;

- Limitarea aportului de sare;

- Evitarea consumului de alcool;

- Practicarea activității fizice regulate;

- Scăderea în greutate în cazul copiilor obezi sau supraponderali prin dieta hipocalorică;

- Descurajarea expunerii la fumat;

- Evitarea folosirii suplimentelor alimentare.

**CONCLUZII**

1. Medicul de familie are un rol primordial în depistarea copiilor cu risc cardiovascular crescut cu ocazia examenului de bilanț anual ce cuprinde măsurători antropometrice și un set de analze de laborator minime.

2. Recomandările medicului de familie de modificare a stilului de viață în vederea scăderii riscului cardiovascular este primul pas făcut de către copil pentru un stil de viață sănătos.

3. Medicul de familie formează o echipă împreuna cu familia și medicul lipidolog pentru rezolvarea cazurilor mai dificile, cu o hipercolesterolemie rezistentă, cu componenta familială.

**38. NEOPLASMUL BRONHOPULMONAR - BOALĂ FAMILIALĂ**

*Mădălina Căruntu¹, Costin Popescu¹˒³, Daniela Buiculescu¹, Mihnea Costin Tuță¹, Prof. Univ. Dr. Dan Mălăescu³, Viorel Rădulescu⁴, Liliana Popescu¹, Marian Olaru², Constantin Calafeteanu⁵*

*¹Spitalul Municipal Caracal, ²Spitalul Tudor Vladimirescu Dobrita, ³Universitatea Titu Maiorescu București, ⁴Medicii de familie, ⁵Vital Aire*

Bolnavul D.F. este diagnosticat cu neoplasm bronho-pulmonar lob superior drept în 2017 laS Carol Davila București fiind apoi operat la Spitalul de Urgență din Craiova efectuându-se o lobectomie superioară dreaptă. Examenul anatomo-patologic confirmă diagnosticul fiind un adenocarcinom pulmonar.

Evoluția clinică și radiologică în primul an de la operație este favorabilă, dar apoi se observă o extindere apreciabilă a neoplasmului care determină și o insuficiență respiratorie notabilă. În ianuarie soția sa, D.A. este diagnosticată cu neoplasm bronho-pulmonar lob superior drept efectuându-se la aceeași unitate medicală lobectomia și cu confirmarea la examenul anatomopatologic a unui adenocarcinom.

Evoluția în ambele cazuri este nefavorabilă cu cuprinderea rapidă a întregii arii pulmonare dar cu o saturație peste 92%. Starea generală a ambilor bolnavi se menține staționară cu toate că imaginile radiologice sunt total nefavorabile.

Bolnavul D.F. decedează în aprilie 2022 după un infarct miocardic. **Concluzii:**

1. Ambii pacienți au aceeași formă de neoplasm.

2. Diferența între evoluția clinică favorabilă și de durată și evoluția fulminantă radiologic.

3. Transmiterea acestei afecțiuni ca o boală infecțioasă.

**39. ANAFILAXIA**

*Cătălina Popa*

*Medicină de familie, CMI Valea Mare*

Anafilaxia este o reacţie alergicã sistemicã, ameninţãtoare de viaţã, care debuteazã foarte repede, fiind determinatã de descãrcarea brutalã şi masivã a mastocitelor şi bazofilelor prin mecanism IgE sau non IgE . Este cea mai severã reacţie alergicã care se poate întâlnii la pacienţi de toate vârstele, dar majoritatea ghidurilor şi cercetãrilor vizeazã populaţia adultã. Tratamentul cel mai important pentru tratarea de urgenţã a anafilaxiei este administrarea intramuscular a adrenalinei. Anafilaxia are o prevalenţã de 6% din populaţie, iar riscul de anafilaxie fatalã constitue 1% din riscul total de mortalitate.

Anafilaxia este o afecțiune potențial fatalã, o reacție alergicã multi-sistemicã care poate fi declanșatã de o varietate de agenți. Termenul corect ”anafilaxie ” este preferat în loc de ”şoc anafilactic” deoarece şocul nu este prezent la toţi pacienţii cu anafilaxie. Termenul de ”anafilaxie” ar trebui sã fie utilizat în loc de termenii ”reacţie alergicã ”, ”reacţie alergicã acutã ”, ”reacţie alergicã sistemicã ”, ”reacţie acutã Ig E mediatã ”, ”reacţie anafilactoidã ” sau ”pseundoanafilaxie’’.

Manifestãri clinice în anafilaxie Reacţia anafilacticã afecteazã frecvent douã sau mai mult sisteme la nivelul organismului uman: tegumentul şi mucoasa, cãile respiratorii mari şi mici, sistemul cardiovascular, sistemul gastrointestinal şi sistemul nervos central. În unele cazuri anafilaxia poate fi diagnosticatã precoce şi când afecteazã un singur organ. Înţepãtura de insectã determinã simptome rapide de afectare cardio-vascularã, iar apariţia bruscã a urticariei generalizate poate fi singurul semn precoce dupã imunoterapia alergenicã.

Majoritatea reacţiilor anafilactice prezintã afectare tegumentarã . Simptomele respiratorii se întâlnesc mai des la copii, pe când la adulţi simptomele cardiovasculare sunt mai frecvente. Anafilaxia poate sã aparã şi fãrã afectare tegumentarã, iar simptomele respiratorii sau cardiovasculare sunt elemente de prognostic potenţial nefavorabil.

Anafilaxia este probabilã dacã unul dintre urmãtoarele criterii este îndeplinit :

1. Debut acut al simptomelor (minute-câteva ore) cu implicarea mucoasei, tegumentului sau amândouã şi cel puţin unul dintre urmãtoarele semne şi/sau simptome a. afectare respiratorie b. scãderea tensiunii arteriale sau asocierea simptomelor de afectarea organelor.

2. Existenţa a cel puţin douã sau mai multor sindroame care survin rapid dupã expunerea pacientului (minute-câteva ore) la un potenţial alergen a. afectarea tegumentului şi a mucoasei b. afectare respiratorie c. scãderea tensiunii arteriale sau asocierea simptomelor de afectarea organelor d. persistenţa simptomelor gastrointestinale.

3. Reducerea tensiunii arteriale dupã expunerea pacientului la un alergen cunoscut.

Adrenalina este tratamentul de primã linie în managementul anafilaxiei de peste 40 de ani. Comitetul Organizaţiei Mondiale a Sãnãtãţii este de pãrere cã adrenalina nu se utilizeazã adecvat în tratarea anafilaxiei. Recomandãriile utilizãrii adrenalinei în tratamentul anafilaxiei sunt bazate pe multiple studii clinice farmacologice, observaţii clinice şi experimente pe animale .

**40. MANAGEMENTUL FIBRILAȚIEI ATRIALE ÎN AMBULATORIU**

*Anda Mariana Brașoveanu, Cardiologie*

*Spitalul Municipal Caracal*

Fibrilația atrială (FA) reprezintă o problemă semnificativă pentru pacienți, medici și sistemele de sănătate la nivel global. Eforturi substanțiale de cercetare și resursele sunt direcționate către obținerea de informații detaliate despre mecanismele care stau la baza FA, evoluția sa și tratamente eficiente.

Diagnosticul de fibrilație atrială necesită o înregistrare EKG cu o durată mai mare de 30 de secunde a unui ritm cardiac fără unde P și intervale RR neregulate. Reprezintă cea mai întâlnită aritmie cardiacă la adulți fiind asociată cu o creștere a mortalității dar și a morbidității. Tipurile și strategiile de screening FA utilizate în mod obișnuit includ screening oportunist sau sistematic al indivizilor peste o anumită

vârstă (de obicei >\_65 ani) sau cu alte caracteristici care sugerează risc crescut de accident vascular cerebral, utilizând fie un singur EKG sau înregistrări EKG repetate timp de 30 de secunde pe o perioadă de 2 săptămâni. Utilizarea smartphone-urilor sau a ceasurilor în diagnosticul FA este nedefinită.

Managementul pacientului cu FA urmărește trei direcții: „A” Anticoagulare/prevenire AVC, „B” Gestionarea mai bună a simptomelor; „C” Optimizarea cardiovasculară și a comorbidităților și eficientizează îngrijirea integrată a pacienților cu FA la toate nivelurile de asistență medicală și între diferitele specialități. Comparativ cu îngrijirea obișnuită, implementarea căii ABC a fost asociată în mod semnificativ cu un risc mai scăzut de deces de orice cauză, rezultatul compozit de accident vascular cerebral/sângerare majoră/deces cardiovascular și prima spitalizare, rate mai scăzute de evenimente cardiovasculare și costuri mai mici legate de sănătate.

În prezent utilizam două scoruri: scorul CHA2-DS2-VASC(în vederea inițierii tratamentului anticoagulant ) și scorul HAS-BLED(riscul de sângerare). Contraindicațiile absolute ale anticoagularii orale includ sângerare activă severă, trombocitopenie severă, anemie severă si hemoragie intracraniană. Pentru prevenirea AVC avem la dispoziție antagoniști de vitamina K(WARFARINA) în special la pacienții cu proteze valvulare și/sau boala mitrală reumatismală și NOACS: apixaban, dabigatran, rivaroxaban și edoxaban.

Pentru un control mai bun al simptomelor respectiv un control al frecvenței cardiace avem la dispoziție mai multe medicamente cum ar fi: betablocante, digoxin, diltiazem și verapamil sau terapia asociată. Pentru controlul ritmului cardiac putem folosi medicamente antiaritmice cum ar fi: amiodarona, propafenona si dronedarona.

Pentru punctul ”C” avem la dispoziție modificarea stilului de viață(scadere ponderală,scăderea consumului de alcool și cafea, activitate fizică) și tratamentul factorilor de risc/comorbidități: HTA, diabet zaharat, IC, BCI, SASO.

La pacienții cu FA cu SCA supuși PCI necomplicate, ar trebui luată în considerare o întrerupere precoce a aspirinei și trecerea la terapia antitrombotică duală cu OAC și un inhibitor P2Y12. Identificarea și gestionarea factorilor de risc și a bolilor concomitente. Pacienții cu episoade de frecvență atrială înaltă(AHRE) trebuie monitorizați în mod regulat pentru a surpinde progresia către FA clinică și modificările riscului tromboembolic individual (adică modificarea scorului CHA2DS2-VASc).

La pacienții cu AHRE mai lungă (în special > 24 ore) și un scor CHA2DS2-VASc ridicat, este rezonabil să se ia în considerare utilizarea OAC atunci când se anticipează un beneficiu clinic net pozitiv .

**41. REZECTIA RECTALĂ PRIN ABORD PERINEAL PENTRU PROLAPSUL RECTAL TOTAL**

*Costin Vidrighin1, Bogdan Persu1, Cristian Țenea1 ,Daniel Ilie1, Silviu Popescu1, M.Bojan1, G.Musat2, R.Burcheci 2, P.Neagoe2 ,G.Marinaș2, D.Năstase2, G.Lazăr3, D.Tănăsescu4, A. Grigore4, E.Gîrgel5*

*Spitalul Municipal Caracal, ¹Chirurgie, ²ATI, ³Obstetrică Ginecologie, ⁴Urologie, ⁵Chirurgie Plastică*

Prolapsul rectal reprezintă ieșirea rectului și mai rar a sigmoidului prin anus din cauza slăbirii mijloacelor sale de fixare într-un anumit context etiopatogenic.

Analizăm cazul unei paciente în vârstă de 74 ani din mediul rural cu diabet zaharat și hepatită cronică virus C, care se prezintă pentru constipație și exteriorizarea prin anus a rectului la defecație, cu rectoragii intermitente. Debutul afecțiunii este de 3 ani, prolapsul fiind reductibil.

Se efectuează probe de laborator, Rx pulmonară, ecografie abdominală și colonoscopie.

Se intervine chirurgical practicându-se rezecție rectală cu mezorect pe cale perineală cu anastomoza anorectală, evoluția postoperatorie fiind lipsită de dureri, cu mobilizarea pacientei din prima zi, cu reluarea tranzitului pentru gaze a doua zi și pentru materii fecale a 3 zi postoperator și externarea la 6 zile. La 4 luni de la intervenție stare generală bună clinico-biologică, fără recidivă locală, cu tranzit intestinal normal.

cuvinte cheie: prolaps rectal, rezecție rectală, mezorect, abord perineal

**42. ULTRASONOGRAFIA, METODĂ RAPIDĂ DE ORIENTARE ÎN PATOLOGIA GLANDEI TIROIDE – STUDIU PE 104 CAZURI**

*Dr. Dănuț Ghiță, Medicină internă*

*CMI Caracal*

**Introducere:** patologia glandei tiroide beneficiază de aportul ecografiei în orientarea rapidă a diagnosticului, în special în cazurile cu procese localizate (formațiuni nodulare, chistice).

**Obiective:** studiul și-a propus investigarea unui lot de femei din aceeași sferă profesională.

**Material și metodă:** studiul s-a desfășurat pe o perioadă de 3 luni (ianuarie -martie 2019) și a inclus 104 femei în activitate profesională în același domeniu, cu vârste cuprinse între 22 și 59 de ani. Lotul de studiu a fost împărțit în sublotul A/54 femei (selecționate pe baza anamnezei și examenului clinic sugestive pentru o suferință tiroidiană, utilizând și scorurile Billewicz și Newcastle) respectiv sublotul B/50 femei (selecționate aleatoriu). Toate cele 104 femei au fost examinate ecografic cu sonda lineară de părți moi cu frecvență variabilă 5-10 Mz), urmărind dimensiunile, conturul, vascularizația, structura și prezența formațiunilor localizate. Pentru procesele localizate s-au considerat dimensiunile, conturul, vascularizația și ecogenitatea. Pacientele cu modificări ecografice au fost îndrumate pentru analize de laborator și examen endocrinologic.

**Rezultate:** din totalul examinărilor, am întâlnit modificări ecografice la 65 de femei (62,5%), 56 de cazuri (53,9%) prezentând procese localizate: 12 cazuri formațiuni chistice (11,5%), 44 cazuri noduli solizi (42,3%), 14 cazuri (13,5%) prezentând atât formațiuni chistice cât și nodulare solide. Din cele 56 de cazuri cu procese localizate 31 (29,8%) au provenit din sublotul A (simptomatic), iar 25 (24%) au provenit din sublotul B. Repartiția în funcție de domiciliu a evidențiat 34 cazuri din mediul urban (32,6%), respectiv 22 cazuri (21,2%) din mediul rural; cele mai multe cazuri au fost la grupa de vârstă 40-49 ani (32 cazuri – 30,7%) iar cele mai puține la grupa de vârstă sub 30 de ani (3 cazuri – 2,9%).

**Discuții și concluzii:** ultrasonografia permite identificarea rapidă a proceselor localizate tiroidiene, optimizând durata examinării medicale; noile tehnici de elastografie pot nuanța suplimentar diagnosticul.

**43. OCLUZIE INTESTINALĂ PRIN DUBLU MECANISM – VOLVULUS ȘI NEOPLASM DE COLON ASCENDENT**

*Bogdan Persu, Costin Vidrighin, Daniel Ilie, Silviu Popescu, Cristian Țenea, Marian Bojan, Dan Tănăsescu, Andrei Grigore*

*Secția Chirurgie, Spitalul Municipal Caracal*

**Introducere:** La orice intervenție chirurgicală , oricât de siguri am fi de diagnosticul stabilit preoperator , trebuie făcută o explorare amănunțită intraoperatorie care poate descoperi altă patologie asociată necunoscută sau chiar stabilirea unui alt diagnostic diferit chiar de cel crezut preoperator .

Prezentăm cazul unei paciente în vârsta de 51 de ani , internată prin serviciul de urgență cu simptomatologie clinică de ocluzie intestinală.

Rx abdominală pe gol : distensie aerică importantă hipocondrie și flancul stg cu multiple nivele serice flancul stg.

După echilibrare hidro electrolitică , s-a intervenit chirurgical și s-a constatat ocluzie intestinală prin volvulus de sigmoid. Explorarea intraoperatorie a identificat și o tumoră stanozantă la nivelul colonului ascendent.

S-a practicat colectomie subtotală cu ileo - sigmoido anastomoză. Evoluție favorabilă postoperator. S-a externat în a 11 a zi postoperator vindecată chirurgical, abdomen suplu, tranzit intestinal prezent ( 4-5 scaune / zi - consistență normală)

**Concluzii:**

- ,,mirajul primei leziuni‘’ este sintagma prin care sunt specificate în literatura de specialitate astfel de cazuri care au depistat altfel de cazuri decât cele crezute preoperato

- investigațiile paraclinice și imagistice au o limită, explorarea intraoperatorie fiind ESENȚIALĂ în stabilirea diagnosticului și conduitei chirurgicale ulterioare.

**44. INFECŢIA COVID-19 – EXPERIENŢA SECŢIEI MEDICINĂ INTERNĂ A SPITALULUI MUNICIPAL CARACAL**

*Mitrana Sîrbu¹, Luminița Rău¹, Raluca Jilavu¹, Geanina Ionescu¹, Daniela Buiculescu¹, Roxana Găman¹, Beatrice Ghimiș², Carmen Bălă², Dănuț Ghiță¹*

*Spitalul Municipal Caracal , ¹Medicină internă, ²Boli nutriție, metabolism și diabet zaharat,*

**Introducere.** Infecția COVID-19 a reprezentat o serioasă provocare pentru sistemele de sănătate, particularitățile specialității medicină internă – afecțiuni numeroase, asociate și complexe – poziționând-o printre cele mai solicitante în perioada pandemică.

**Obiective.** Lucrarea își propune evaluarea sindromului inflamator și respirator, a patologiei asociate și deceselor, grupate pe categorii de vârstă la pacienții infectați COVID-19 internați în secția medicină internă a Spitalului Municipal Caracal, fiind parte dintr-o investigare mai amplă a acestor pacienți.

**Material și metodă.**  Lotul studiat – 645 pacienți internați în perioada aprilie 2020 – iulie 2022 – a fost evaluat în cadrul secției, iar datele centralizate pe baza fișei pacientului COVID. Pentru această lucrare autorii au considerat: grupele de vârstă (<39, 40-59, 60-79, >80 ani), patologia asociată, gradul de afectare pulmonară (<20%, 20-50%, >50%) evaluat computer tomografic) sindromul biologic inflamator și riscul trombo-embolic (VSH, fibrinogen, proteina C reactivă, lactat dehidrogenaza, d-dimeri) și decesele.

**Rezultate și discuții.** Cele mai afectate au fost grupele de vârstă 40-59 ani (238 cazuri) și 60-70 ani (297 cazuri) la care s-au înregistrat și cele mai multe decese 21, respectiv 47 dintr-un total de 86. Afectarea pulmonară a fost întâlnită la 579 de cazuri (205 afectare sub 10%, 218 afecare 20-50%, 156 afectare >50%).

Cel mai ridicat risc trombo-embolic susținut de valorile crescute ale D-dimerilor s-a înregistrat de asemenea la grupele de vârstă 40-59 ani (103 cazuri), respectiv 60-79 ani (170 cazuri). Sindromul biologic inflamator a fost întâlnit la peste 80% din cazuri cel mai fidel parametru evolutiv fiind proteina C reactivă.

Patologia asociată cea mai frecventă a fost cardiovasculară 452 cazuri, diabet zaharat 195 cazuri, boli cronice renale și digestive 53, respectiv 84 de cazuri, boli respiratorii cronice 56. Evoluția cea mai severă am întâlnit-o la pacienții cu valorile proteinei C reactiva peste 50mg/dl și la pacienții neoplazici și cronici renali, evoluții mai ușoare au avut pacienții cu boli reumatismale inflamatorii. Au fost cazuri, în special în valul trei, la care am constatat agravarea tabloului clinic respirator, probat prin CT torace fără agravarea sindromului inflamator.

**Concluzii.** Datele cumulate la nivelul secției demonstrează importanța monitorizării combinate clinico-biologice și imagistice neexistând un parametru infailibil.

**45. ROLUL PROTOCOALELOR ȘI GHIDURILOR ÎN PRACTICA MEDICALĂ**

*Carmen-Adriana Dogaru, Viorela Enăchescu*

*Disciplina Medicina de familie, Facultatea de Medicină, UMF Craiova*

Ghidurile și protocoalele reprezintă o necesitate în practica medicală la momentul de față. Ele trebuie să cuprindă metodologii moderne, elaborate plecând de la medicina bazată pe dovezi. În același timp este necesar ca ele să fie revizuite anual.

Ghidurile cuprind afirmații elaborate pentru a ajuta decizia medicului și pacientului referitoare la cea mai corespunzătoare formă de îngrijire într-o anumită situație clinică.

Protocoalele sunt mai specifice decât ghidurile, definind mai în detaliu ce trebuie făcut, de către cine, când și cum într-o anumită situație clinică (diagnostic, tratament al unei afecțiuni).

Folosirea lor poate genera practicarea unei medicini defensive.

În România nu există, decât în număr foarte mic, ghiduri și protocoale clinice elaborate de anumite specialități. În Medicina de familie nu există decât “protocoale medicale” publicate în Hotărârea de Guvern 720/2008 și normele acesteia, care în realitate sunt protocoale administrative.

*Concluzii:*

Activitatea medicală trebuie desfășurată respectând anumite reguli clare care sunt cuprinse în ghiduri și protocoale. Aceste reguli au ca scop:

-să ajute medicul practician în activitatea curentă;

-să îmbunătățească calitatea actului medical;

-să protejeze medicul de eventuale acuzațíi de malpraxis;

-să protejeze pacientul de riscuri;

-să reducă costurile din sistemul de sănătate.

**46. POSIBILITĂȚI ȘI LIMITE ALE ULTRASONOGRAFIEI ”POINT OF CARE” (POCUS) ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE**

*Viorela Enachescu1, Constantin Kamal2, Adriana-Carmen Dogaru2, Gindrovel Dumitra2, Mirela Radu2*

*1Spitalul Clinic Municipal Filantropia, Clinica I Medicala*

*2UMF Craiova, Disciplina de Medicina familiei*

Ultrasonografia point of care (POCUS), o metodă descrisă în examinările clinice în ultimii 10 ani, în principalele studii internaționale, este de fapt o metodă practicată pe scară largă în România în ultimii 30 de ani. Cum metoda ecografică a adus de la bun început un număr mare de informații diagnostice pentru un mare număr de afecțiuni, specialiștii diverși au aprofundat-o în corelație cu datele clinice din fiecare specialitate. A fost practicată, în spitale, în policlinici, cabinete, centre de primiri urgențe, camera de gardă, la locul accidentului, la patul bolnavului… pentru a ajunge mai rapid la diagnostic și intervenția terapeutică. Este practicată la sfârșitul examenului clinic efectuat prin inspecție, palpare, percuție, auscultație, fiind denumită “al treilea ochi al clinicianului” sau “un nou stetoscop - ecoscopul”. Din 2015 în publicațiile EFSUMB este denumită “ecoscopie”.

Este metoda ce poate fi efectuată de orice medic, asistent medical, paramedic, technician care a beneficiat de o pregătire adecvată de câteva zile….luni. Tehnica de examinare se bazează pe protocoale și secțiuni standardizate, dar este individualizată fiecărui pacient și integrată contextului clinic.

Primele aplicații ale ultrasonografiei POCUS în practica medicului de familie au fost abdominale, în evaluarea patologiei focale a organelor parenchimatoase, la început – ficat, pancreas, splină, rinichi, structurilor musculare – uter, miocard, diafragm, vasculare, ganglionare, dar și a cavităților peritoneală, pleurale și pericardică. La început au fost insuficient explorate structurile abdominale superficiale, regiunile ileo-cecala, sigmoidiană, sau alte structuri intestinale. În timp, adaptând tehnologia și configurarea echipamentelor și a traductoarelor, au fost posibile și aceste examinări.

Prin examinarea POCUS se realizează un “Blitz diagnostic” – de confirmare a unei patologii presupuse sau de infirmare/excludere. Se poate realiza astfel un diagnostic diferențial rapid al unor simptome sau sindroame cu care se prezintă pacienții în cabinetul medicului de familie – de exemplu durerea abdominală, cu diferite localizări – în etaje sau cadrane – icterul, hematuria, palparea unor mase abdominale sau superficiale, colecții abdominale sau toracice.

Ultimele dezvoltări tehnologice, ultrasonografia multiparametrică, miniaturizarea echipamentelor și sondelor, după cum și programele de instruire și obținere a atestatelor de practică au permis extinderea practicii ultrasonografice în marea majoritate a unităților medicale – ambulatorii, clinici, centre de diagnostic, cabinet, camera de gardă, ambulanțe sau la domiciliul pacientului .

Avantajele practicării ultrasonografiei POCUS constau în accesul tuturor specialităților medicale la o tehnică de examinare noninvazivă, rapidă, acurată, accesibilă și relativ ieftină. Examinarea se sprijină și vine în sprijinul informației clinice, se bazează pe indicații aduse de suspiciunea diagnosticului clinic și poate fi urmată rapid de o decizie intervențională, procedurală sau terapeutică imediată.

Principalele limite sunt reprezentate de configurarea tehnică a echipamentelor și dimensiunile traductoarelor, timpul scurt de examinare, necesitatea extinderii multiparametrice a examenului ultrasonografic – Doppler, CEUS, elastografie, uneori necesitatea unei a doua opinii, examinarea unor structuri superficiale – pentru care sunt necesare frecvențe înalte de examinare – regiunea cervicală, sân, structuri vasculare superficiale, testicul, tumefacții superficiale.

În medicina de familie utilizarea examinării POCUS, focusată pe o regiune clinică sau o simptomatologie de interes, are o mai mare acuratețe față de o examinare completă standardizată și consumatoare de timp. Tehnica POCUS poate fi extrem de utilă medicului de familie pentru prima orientare rapidă de diagnostic și poate reduce astfel costurile asistenței medicale.

Pentru viitor este de dorit creșterea performanțelor în examinare, în practica medicilor de familie, prin programe adecvate de formare.

**47. CAPCANE ȘI ERORI ÎN ULTRASONOGRAFIA BILIARĂ**

*Viorela Enachescu1, Constantin Kamal2, Adriana-Carmen Dogaru2, Gindrovel Dumitra2, Mirela Radu2*

*1Spitalul Clinic Municipal Filantropia, Clinica I Medicală*

*2UMF Craiova, Disciplina de Medicina familiei*

Ultrasonografia este tehnica imagistică cel mai frecvent utilizată în evaluarea patologiei căilor biliare, prima la care se apelează într-un algoritm de diagnostic. Acuratețea acestei tehnici este comunicată țn majoritatea studiilor ca depășind 90%. În același timp studiile menționează rate de diagnostic fals pozitive de 7% și fals negative de 15 %.

Sunt frecvente în practica medicală o serie de capcane și erori având multiple condiționalități – adesea obiective, dar cel mai frecvent subiective datorate unor erori de obținere a imaginilor sau de interpretare. Erorile pot rezulta din tehnici de examinare inadcvate, neconforme standardelor prevăzute de ghiduri, calitatea neconformă a aparatului sau a reglării acestuia prezența artefactelor și nerecunoașterea acestora.

O cauză frecventă a erorilor în examinare poate fi evaluarea necorespunzătoare a dimensiunilor, a condițiilor malformative ale căilor biliare, a unor variante anatomice. Asemenea erori conduc adesea la rezultate fals negative sau fals pozitive, pe care autorii le prezintă. Sunt exemplificate cazuri din practica curentă cuprinzând patologia biliară – litiaze, conținut biliar modificat – sludge, tumori, modificările parietale sau pericolecistice neintegrate în contextul clinic.

Identificarea greșită a colecistului și conținutului – confuzia cu segmente ale tubului digestiv.

Pseudocalculi, pseudosludge, cuduri, septuri, “hepatizația” căilor biliare

Malformațiile biliare, patologia rară, ageneziile, ectopiile, maladia Caroli

Patul colecistic în cazul proceselor inflamatorii, invaziei tumorale, postchirurgical

Erori de interpretare clinică – litiaze asimptomatice considerate cauze ale simptomatologiei

Erori de comunicare a rezultatului examinării în buletinul ecografic.

Cum un examen ultrasonografic pozitiv pentru litiază este urmat de intervenția chirurgicală, fără alte confirmări imagistice, este extrem de importantă reducerea la minim a unor erori de diagnostic, pentru evitarea colecistectomiilor gratuite, non-necesare, care expun însă pacienții la gesturi invazive.

**48. EXPLORAREA ULTRASONOGRAFICĂ MULTIMODALĂ ÎN PROCESELE FOCALE ALE SÂNULUI**

*Viorela Enachescu*1*, Constantin Kamal*2*, Adriana-Carmen Dogaru*2*, Gindrovel Dumitra*2*, Mirela Radu*2*,*

1*Spitalul Clinic Municipal Filantropia, Clinica I Medicala*

2*UMF Craiova, Disciplina de Medicina familiei*

Principalele tehnici de examinare convențională a sânului – ultrasonografia și mamografia analogă nu permit o analiză anatomică precisă a glandei mamare, iar, alături de acestea, nici rezonanța magnetică nucleară sau scintigrafia nu identifică “constituantele anatomice” ale sânului.

Ecografia ductală prin examinarea radiară, pe traiectul ductelor, oferă o examinare precisă a întregului sân, cu înțelegerea anatomiei și analiza morfologică a fiecărui lob.

Pot fi astfel detectate precoce leziunile precanceroase, formațiunile tumorale mici intraductale sau poate fi evidențiată extensia invaziei maligne pe cale ductală și diseminarea de-a lungul structurilor ducto-lobulare. Este astfel documentată teoria lobului bolnav (sick lobe theory), concept anatomo-clinic utilizat în majoritatea tehnicilor chirurgicale conservative cu lobectomii. Leziunile sunt localizate la nivelul elementelor anatomice ale glandei – ducte și lobuli.

Ultrasonografia ductală oferă informații cantitative și calitative – altele decât mamografia, pentru tumorile maligne non-radiovizibile, fiind totodată singura metodă care aduce informații pentru diagnostic în patru leziuni benigne – ectaziile ductale, hiperplaziile, adenoscleroza și papilomatozele intraductale, ultimele putând fi precursori ai leziunilor maligne.

Posibilitățile de diferențiere între nodulul benign și malign oferite de ultrasonografie sunt definite de câteva criterii de ecoanatomie mamară și sonomorfologie a nodulului evaluat: forma și contururile regulate/neregulate, nete/invazive, structura – lichid/solid; homo/heterogenă, efectul acustic retrolezional - / umbra paradoxală, axul lung paralel/perpendicular pe tegument, prezența unor incluziuni – calcificări, necroze, caracterele palpatorii obiectivate în special prin metoda elastografică. Caracterele locale de invazivitate sunt apreciate prin invazia peritumorală, prezența edemului și adenopatia axilară satelită – nodulul sentinela.

Examenul Doppler aduce criterii suplimentare de diferențiere referitoare la vascularizația intensă periferică / transtumorală, distribuția haotică a vaselor, variațiile de calibru și traiect, depășirea marginii tumorale. Totuși aportul parametrilor Doppler este relativ și destul de redus, majoritatea autorilor citând vascularizație identificată pentru aproximativ 10-30% din aria maligna. În plus parametrii Doppler cantitativi: RI 0.49- 1.09; PI 0.69-3.11 – nu aduc diferențe semnificative.

Ultrasonografia 3D, prin adăugarea planului coronal, aduce detalii privind arhitectonica spațială a nodulului mamar, vecinătățile – capsula, edem, detalii importante pentru tehnicile intervenționale.

Elastografia bazată pe deformarea diferită a țesuturilor, sub cele două realizări tehnice Realtime Elastography și e-Sie Touch Elastography crește acuratețea diagnosticului contribuind la determinarea dimensiunii reale a tumorii și folosind scala de culori bazate pe duritatea țesutului încadrând leziunile în grade elastografice corelate cu caracterul benign sau malign al leziunii.

Scanarea automată de volum a sânului – automated breast volume scanner (ABVS) prezintă o sensibilitate de 73.2 - 100% (95% CI) în detectarea leziunilor maligne. Acuratețea diagnostică a ABVS experimental este de 66%. Specificitatea metodei rămane însă relativ scăzută 52.8% (95% CI: 35.7–69.2). ABVS a fost concepută ca un test de screening care explorează întregul sân, cu achiziții mai obiective. Cu toate acestea, planurile ortogonale rămân non-anatomice legate de arhitectura lobară, parenchimul de sân normal reprezentat de canale și lobule este neglijat, iar planul coronal (planul C) nu are o relație dovedită cu mamelonul, afecțiunile maligne nu au putut fi diferențiate de masele benigne decât în ​​scala gri, oferită de ABVS.

**49. VACCINAREA ANTIGRIPALA - NOUTĂȚI PENTRU SEZONUL 2022-2023**

*Șef de lucrări dr. Gindrovel Dumitra*

*UMF Craiova*

**Background**

Vaccinarea antigripală în sezonul 2022-2023 vine cu mai multe provocări generate de evoluțiile sezoanelor gripale din ultimii ani, în context pandemic.

**Material și metodă**

Am efectuat o recenzie a datelor disponibile privind acoperirea vaccinală din sezoanele trecute precum și a datelor disponibile în literatura de specialitate.

**Rezultate și discuții**

În sezonul curent va fi folosit vaccin adaptat conform recomandărilor Organizației Mondiale a Sănătății. În sezonul 2021-2022 au fost administrate 1.523920 doze de vaccin, în scădere față de sezonul 2020-2021 când au fost administrate 2452691. Va fi disponibil vaccin gripal tetravalent cu cînținut antigenic crescut disponibil contracost pentru pacienții peste 65 de ani și care au minim 2 comorbidități.

**Concluzii**

Vaccinarea antigripală în sezonul 2022-2023 va fi efectuată în aceleași condiții ca și în anii precedenți referitor la achiziție, distribuție, administrare însă numărul de doze achiziționate de Ministerul Sănătății este mai mic decât în anii precedenți.

**50. VACCINAREA ANTI COVID 19**

*Șef de lucrări dr. Gindrovel Dumitra*

*UMF Craiova*

**Background**

Numărul persoanelor care apelează la medicii de familie pentru vaccinul Covid 19 se află continuă scădere cu toate că pandemia nu a fost încheiată.

**Material și metodă**

Am efectuat o recenzie a datelor disponibile privind acoperirea vaccinală, a numărului de îmbolnăviri și a datelor disponibile privind vaccinurile noi autorizate de către organismele de reglementare.

**Rezultate și discuții**

Până la începutul lunii septembrie 2022 au fost administrate 16.888.110 doze de vaccin Covid 19 pentru 8.136.698 de persoane. Un număr de 8.124.339 de persoane au primit schema completă (2 doze) şi 2.624.854 au fost imunizate cu doza a treia. Se constată o reducerii a numărului de persoane care acceptă vaccinarea. Tot la începutul lunii septembrie 2022 organismele de reglementare europene au autorizat pentru administrarea rapelului 2 noi vaccinuri bivalente care încorporează proteina spike a variantei Omicron BA.1 și tulpina originală SARS-CoV-2.

**Concluzii**

Vaccinarea anti Covid 19 aduce beneficii în continuare, mai ales pentru reducerea formelor severe și a mortalității. Începând cu luna septembrie 2022, schema completă de vaccinare primară va fi efectuată cu vaccinurile care încorporează tulpina originală iar rapelul cu vaccinuri bivalente care încorporează proteina spike a variantei Omicron BA.1 și tulpina originală SARS-CoV-2.

**51. CAMPANIA DE VACCINARE ANTI HPV**

*Șef de lucrări dr. Gindrovel Dumitra*

*UMF Craiova*

**Background**

Începând cu anul 2020, în România, a fost reluată campania de vaccinare împotriva infecțiilor produse de Human papillomavirus (HPV) .

**Material și metodă**

Am efectuat o recenzie a datelor disponibile în literatură privind acceptarea vaccinării în România și a documentelor programatice legate de obiectivele de sănătate publică.

**Rezultate și discuții**

În anul 2008, în România au fost vaccinate 2600 de fetițe. În anul 2020, la reluarea campaniei pe bază de cerere, au fost vaccinate 28698, în anul 2021 au fost vaccinate 46628 de adolescente cu vârsta cuprinsă între 11-18 ani iar în primele 6 luni ale anului 2022 au fost vaccinate 43384 adolescente din aceeași grupă de vârstă.

**Concluzii**

Vaccinarea anti HPV a fost reluată în România iar numărul persoanelor care acceptă să se vaccineze este din ce în ce mai mare în condițiile în care vaccinul HPV și-a dovedit eficacitatea și siguranța și în viața reală.

**52. STRATEGII DIAGNOSTICE ŞI TERAPEUTICE ÎN MUCOCELUL RINO-SINUSAL**

*Elena Graţiela Ştefan*

*ORL – Policlinica Rosana Medical, București*

Mucocelul este o tumora chistică benignă, dezvoltată din mucoasa sinusală, cu un conținut mucofilan, steril și limitată de o membrană proprie.

În funcție de localizare poate fi întâlnită:

    - etmoido-sfenoidal

    - etmoido-frontal

    - maxilar

Protocolul de diagnostic include:

      - anamneză

      - examen endoscopic

      - examen imagistic (CT, completat cu  IRM în cazul complicațiilor)

      -examen HP

Tratamentul este chirurgical, prin tehnica endoscopică de marsupializare a mucocelului și eliminarea membranei sale, în scopul evitării recurențelor.

**53. PROVOCĂRI ÎN ÎNGRIJIRILE PALIATIVE CHIRURGICALE**

*Conf. Univ. Dr. Puiu Olivian Stovicek1, Prof. Univ. Dr. Dan Gheorghe Mălăescu 1, Lector Univ. Dr. Liviu Martin 1*

*1Universitatea Titu Maiorescu București, Facultatea de Asistență Medicală Târgu Jiu*

Îngrijirea paliativă chirurgicală reprezintă un domeniu medical de actualitate aflat în plină dezvoltare, bazat pe principiul de integrare a îngrijirii chirurgicale cu cea a îngrijirii paliative care să permită o abordare de calitate și centrată pe pacient. Principiile de bază se axează pe îmbunătățirea calității vieții pacienților cu boală gravă și nevoie de îngrijire chirurgicală dar și pe luarea deciziilor în comun de-a lungul vieții, indiferent de prognostic. Deși încă nu sunt clar definiți indicatorii de calitate pentru îngrijirea paliativă chirurgicală specialitățile chirurgicale se pot adapta și învăța din specialitățile conexe, cum ar fi îngrijirea de urgență, geriatria, oncologia și medicina paliativă. Îngrijirile paliative chirurgicale la sfârșitul vieții ar trebui să amelioreze suferința din domeniile fizic, emoțional, social și spiritual și pot include intervenții chirurgicale care să poată îndeplini obiectivele pacientului și nu sunt limitate de capacitatea de a modifica evoluția bolii. Grupul de lucru al Colegiului american de chirurgie pentru îngrijiri paliative a identificat, încă din 2003, 7 domenii prioritare pentru dezvoltarea îngrijirilor paliative chirurgicale, care includ luarea deciziilor chirurgicale, luarea deciziilor orientate către pacient, luarea deciziilor la sfârșitul vieții, managementul simptomelor, comunicarea, procesele de îngrijire și educație chirurgicală privind îngrijirea paliativă (Lilley et al, 2018). Procedurile chirurgicale paliative au rolul de a limita suferința și de a îmbunătăți calitatea vieții, chiar dacă nu prelungesc viața sau nu vindecă boala de bază. Există studii care au evidențiat riscurile considerabile legate de complicațiile postoperatorii sau de mortalitate după intervenția chirurgicală paliativă. Pe de altă parte, există foarte puține cercetări care să fi evaluat și recunoscut impactul pozitiv al chirurgiei paliative asupra restabilirii funcției și calității vieții. Dezvoltarea unor standarde pentru chirurgia paliativă trebuie să se raporteze la niște criterii compatibile cu îngrijirea paliativă de înaltă calitate, în contradicție cu indicatorii actuali din chirurgie, precum mortalitatea și morbiditatea.

Pe baza acestor considerente, trebuie stabilită eficacitatea comparativă a procedurilor chirurgicale cu îngrijirile non-chirurgicale în cazul unor indicații chirurgicale precum salvarea sau amputarea membrelor, repararea sau montarea unei valve, obstrucția malignă. Efectele asupra pacientului și rezultatele obișnuite, care au la bază criterii de îngrijire precum rezolvarea principalelor probleme ale pacientului, calitatea vieții, controlul durerii, morbiditatea terapiei și utilizarea resurselor, ar trebui să predomine deciziile privind îngrijirea paliativă chirurgicală (Miner et al, 1999). Populația eterogenă de pacienți care ar necesita intervenție chirurgicală paliativă reprezintă o mare provocare privind abordarea unor diagnostice obișnuite pentru un chirurg, precum obstrucția intestinală, în special cea de cauză malignă, sângerarea gastrointestinală, perforația intestinală, incapacitatea de a mânca, nevoia de montare a sondei de alimentare sau icterul obstructiv (Badgwell, 2012). O conferință internațională privind obstrucția intestinală malignă a încercat să pună bazale unei metodologii privind studiile clinice la pacienții cu îngrijire paliativă cu acest diagnostic, ca model pentru dezvoltarea unui protocol de cercetare. Dificultatea consimțământului informat la sfârșitul vieții, posibilele scenarii clinice evolutive și complexitatea criteriilor de includere sunt cauze majore care explică numărul extrem de redus al acestor cercetări (Krouse, 2007). În acest context, cele mai mari provocări pentru dezvoltarea îngrijirilor paliative chirurgicale includ lipsa unor obiective clar definite, dificultățile de monitorizare accentuate de riscul frecvent și precoce de deces, particularitățile individuale ale pacienților precum și lipsa unui consens al echipei multidisciplinare asupra rezultatului adecvat pentru fiecare diagnostic.

**54. PAPILOMATOZA LARINGIANĂ DE CAUZĂ VIRALĂ – NECESITATEA ASOCIERII TRATAMENTULUI CHIRURGICAL CU VACCINOTERAPIA SPECIFICĂ (PREZENTARE DE CAZ)**

*Dragoș Mihai Ghiță, Medic rezident ORL – IFAFC prof. dr.D. Hociotă București*

Papiloamele scuamoase sunt printre cele mai frecvente tumori benigne ale laringelui, localizarea lor fiind cu predilecție la nivelul zonelor de îngustare a căilor respiratorii superioare și la nivelul zonelor de tranziție de la epiteliul respirator de tip ciliat la epiteliu scuamos.

Papiloamele scuamoase pot fi împărțite în 2 categorii: cheratinizate (apar în general la adulții fumători, nefiind asociate în general cu infecția virală și au risc crescut de malignizare) și necheratinizate (apar în general la copii, sunt recidivante și sunt asociate cu infecția virală).

Cele mai frecvente tulpini de HPV implicate în apariția papilomatozei laringiene sunt considerate subtipurile 6 și 11. În general, se consideră infecția nou-născuților în timpul nașterii naturale la trecerea prin filiera pelvină, subtipurile 6 și 11 ale HPV fiind implicate și în apariția condiloamelor genitale.

În ultimii 2 ani, în clinica noastră s-au prezentat 3 pacienți – 2 de sex masculin (28 și 25 de ani) și unul de sex feminin (28 de ani), toți fumători, pentru disfonie – considerat simptomul dominant, dar pacienții pot acuza de asemenea senzație de corp străin, senzație de arsură, oboseală vocală sau dispnee (mai ales la efort). Unul dintre pacienți afirmă antecedente personale de papilomatoză laringiană operată de 3 ori (de 2 ori LASER CO2 și o dată cu microdebrider) în ultimii 5 ani, ultima oară în urmă cu aproximativ 5 luni. Ceilalți 2 pacienți nu prezintă antecedente persoanle patologice.

Fiecare pacient a fost examinat prin laringoscopie indirectă și examinare fibroscopică nazo-faringo-laringiană și în tehnica NBI. Pacienții prezentau formațiuni tumorale papilomatoase în treimea anterioara a corzii vocale stangi (2 dintre pacienti), respectiv treimea anterioară a corzii vocale drepte (1 pacient). Toți 3 prezentau eritem interaritenoidian (semn indirect BRGE).

S-a decis intervenția chirurgicală peste 30 de zile de la prezentarea fiecărui pacient. În decursul celor 30 de zile, fiecare dintre pacienți a primit 1 doză de vaccin Gardasil 9.

Între 14-27 de zile de la prima doză de vaccin s-a realizat intervenția chirurgicală a fiecărui pacient.

Cu consimțământul informat al pacientului, sub anestezie generală și intubație orotraheală, s-a realizat în microlaringoscopie suspendată ablația LASER CO2 a formațiunilor tumorale și examinare histopatologică și imunohistochimică cu genotipare ulterioară – rezultate: papilom (subtip 6 – 1 pacient, subtip 11 – 1 pacient și subtip 18 – 1 pacient).

Post-operator tratamentul a fost medical i.v. – antibiotic, antiinflamatoare steroidiene, reechilibrare hidroelectrolitica; medical p.o. – IPP, prokinetice și local – spray antiinflamator/antiinfecțios. La examinarea fibroscopică nazo-faringo-laringiană la 24 de ore post-operator și la externare (3 zile post-operator) nici un pacient nu prezenta semne de restanță/recidivă tumorală.

Fiecare pacient a primit înca 2 doze de vaccin Gardasil 9 post-operator (la 2 luni de la prima doza și la 3 luni de la a doua doză).

Periodic, pacienții au fost examinați fibroscopic nazo-faringo-laringian și în tehnica NBI (la 3 luni în primul an, la 6 luni în al doilea an, apoi vor fi supravegheați anual). Nici unul dintre pacienți nu a prezentat până în acest moment semne de recidivă:

pacientul cu HPV subtip 6, cu 3 recidive operate în antecednte – fără semne de recidiva la 18 luni post-operator

pacientul cu HPV subtip 11, prima prezentare, fără antecedente patologice – fără semne de recidivă la 7 luni post-operator

pacientul cu HPV subtip 18, prima prezentare, fără antecedente patologice – fără semne de recidivă la 8 luni post-operator.

În concluzie, luând în calcul aceste rezultate favorabile și faptul că terapia adjuvantă anterioară (interferon, indole-3-carbinol) prezenta o eficiență scăzută, iar cidofovirul indicat în recidivele frecvente are potențial carcinogen și nefrotoxic crescut, alături de extinderea grupei de vârstă pentru administrarea Gardasil 9 la 27-45 de ani (anterior aprobat până la 26 de ani) și ținând cont de recidiva frecventă a acestei patologii până la apariția Gardasil 9, putem afirma utilitatea acestuia ca tratament adjuvant terapiei chirurgicale și o bună măsură împotriva recidivelor.

**55. 250 DE COLECISTECTOMII LAPAROSCOPICE – STUDIU RETROSPECTIV**

*Lector Univ. Dr. Liviu Martin¹, Prof. Univ. Dr. Dan Gheorghe Mălăescu¹, Lector Asoc. Dr. Aurelian Udriștoiu¹, Radu Martin², Lector Asoc. Dr. Marius Stancu³, Adina Martin⁴*

*¹Universitatea Titu Maiorescu București, ²Spitalul Orășenesc Turceni, ³Spitalul Municipal Filantropia Craiova, ⁴Farmacist Gral Medical*

Chirurgia laparoscopică a devenit în ultimii 20 de ani o intervenţie de rutină, regula ,,de aur” în tratamentul litiazei veziculare. Litiaza veziculară este o importantă problemă de sănătate publică necesitând cheltuieli importante pentru diagnosticul şi tratamentul ei. În secţia Chirurgie generală a Spitalului Orăşenesc Turceni colecistectomia laparoscopică a fost efectuată începând cu luna decembrie 2015 odată cu achiziţia trusei de laparoscopie. Între 2015 și august 2022 au fost efectuate 250 colecistectomii laparoscopice. Abordul laparoscopic s-a efectuat cu ajutorul a patru trocare de 5-10 mm cu dispozitiv operator adoptat dupa școala americană.

Conform scalei lui Cuschieri pacienţii colecistectomizaţi laparoscopic au fost încadraţi în gradul I – 56 (22,4 %), gradul II – 147 (58,8 %), gradul III – 26 (10,4 %) iar în 21 (8,4%) cazuri s-a procedat la conversia laparoscopică datorită pericolecistitei intense cu pedicul cistic dificil de preparat.

S-au practicat colecistectomii laparoscopice retrograde în 178 de cazuri (71,2 %) şi bipolare în 51 cazuri (20,4 %). Adezioliza a fost practicată într-un număr de 68 cazuri (27,2 %). Drenajul subhepatic a fost practicat de principiu în majoritatea cazurilor 229 (91,60 %). Rata conversiilor a fost de 8,45 % și a reintervențiilor a fost de 6 % din cazuri. În 4 cazuri (2,66%) sângerarea parietală a impus conversia sau reintervenția precoce. Emfizemul parietal a fost prezent în 8 cazuri (3,20 %). Supurația parietală a fost prezentă în 5,60 % iar eventrația de trocar s-a înregistrat la 17 cazuri (6,8 %).

Toți pacienții au beneficiat de anestezie generală cu intubare orotraheală. Durata intervenției chirurgicala a variat între 110 și 180 minute. Nu s-au înregistrat incidente sau complicații anestezico-chirurgicale majore. Toți pacienții au prezentat o evoluție favorabilă.

**56. POLIARTRITA REUMATOIDĂ – ABORDĂRI CHIRURGICALE**

*Marinache Costache¹, Gheorghe Ciobanu²*

*Policlinica Promed Slatina - ¹Ortopedie, ²Chirurgie și Ortopedie infantilă,*

Afectarea anatomopatologică a sinovialei, infiltratul inflamator, țesutul neovascular urmată de osteoporoza locală, eroziunile osoase, alterează morofuncțional articulațiile determinând deformări tipice care se pot ameliora sau corecta prin kinetoterapie și proceduri ortopedico-chirurgicale.

Este necesară de la început includerea în echipa terapeutică a kinetoterapeutului și a medicului ortoped pentru a preveni deformările articulare monstruoase și a conferi o funcție articulară care să permită independența socială a bolnavului.

Chirurgia ortopedică poate să corecteze pozițiile vicioase articulare prin intervenții pe părțile moi – tendoane, capsula articulară, sinovială – realizând: tenotomii, tenoplastii, capsulotomii, sinoviectomii, toate urmate de recuperare prin fiziokinetoterapie.

Corecția deformărilor osoase se realizează prin: osteotomii corectoare, artroplastii, artredeze.

Sunt prezentate posibilități chirurgicale pentru: umăr, cot, articulația radiocarpiană, degete, șold, genunchi, gleznă, picior și coloana vertebrală.

**57. O NOUĂ ATITUDINE ÎN STUDIUL ŞI TRATAMENTUL AFECŢIUNILOR ARTICULARE DEGENERATIVE**

*Emilian Ştefan*

*Ortopedie – Spitalul CF2 București*

Artropatiile de diferite etimologii afectează aparatul locomotor în grade diferite de la jena dureroasă la impotență funcțională pentru ca în stadiile avansate să devină infirmizante.

În lume există multe grupuri de cercetători ce studiază problematica refacerii țesuturilor cartilaginoase și lucrarea noastră încearcă să aducă o contribuție valoroasă și pe plan internațional în această direcție. Oricum pe plan național reprezintă prima încercare și reușită de acest gen obținând primele culturi de condrocite, pe care le-a caracterizat structural și enzematic și obținând materiale compozite pe bază de colagen dintr-o serie de încercări, alegând pe cele mai performante.

**58. ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN EVALUAREA ȘI CONSILIEREA PARENTALĂ**

*Cătălina Malageanu*

*Medic primar MF, CMI Gîrcov*

Pe parcursul carierei sale, medicul de familie urmărește familia în ansamblu, are ocazia de a asista la momente fericite, cum ar fi nașterea unui copil sau la momente nefericite, cum ar fi despărțirea definitivă de un bunic. Este marcat involuntar de trăirile membrilor familiei și devine un prieten și un sfătuitor și poate observa încă de la început felul în care evoluează în timp relația părinte-copil.

Cele patru tipuri de parenting sunt:

- autoritar-comunicativ;

- disciplinator (extraautoritar);

- permisiv (indulgent);

- neglijent (neimplicat).

1.Parentingul autoritar-comunicativ (stilul democratic)

Se caracterizează prin cerințe înalte și suport ridicat. Părinții autoritari-comunicativi au așteptări ridicate în ceea ce privește realizările și maturitatea copiilor, dar sunt de asemenea, calzi și oferă răspuns afectiv. Ca urmare își acceptă copilul ca fiind unic, dar realizează că acesta nu este înca un adult complet dezvoltat. În consecință fixează limite, nu utilizează măsuri punitive dure, iar explicațiile permit copilului să înțeleagă valorile morale. Acest tip de părinți, intervin când este nevoie, dar nu preiau responsabilitățile copiilor, fixează reguli, dar au discuții deschise, sunt iubitori și suportivi, oferă autonomie copilului și încurajează independența.

Copiii părinților autoritari tind să fie fericiți și multumiți, mai independent, mai activi, cu rezultate academice superioare, risc redus de infracționalitate și afecțiuni psihiatrice, violență redusă și atașament securizat.

2.Parentingul disciplinator (extraautoritar )

Se caracterizează prin cerințe înalte și suport redus. Părinții disciplinatori au un control puternic asupra copiilor, cer multe, au reguli fixe care trebuie ascultate, standarde care trebuie atinse. Nu explică raționamentul din spatele regulilor, nu oferă motive, așteaptă ascultare totală. Pentru a-și proteja autoritatea, pun distanță între ei și copii. Părinții disciplinatori pot aplica practice punitive dure pentru a întări regulile, nu sunt afectuoși, sunt directivi, au cerințe multiple, au impact negativ asupra autonomiei copilului din primii ani de viață și până la adolescență.

Copiii părinților disciplinatori tind să aibă o dispoziție nefericită, sunt mai puțin independenți, nesiguri, au stima de sine scăzută, au mari probleme de comportament, rezultate scăzute academice, abilități sociale reduse, predispuși la afecțiuni psihiatrice, probleme legate de droguri.

3.Parentingul permisiv(indulgent)

Se caracterizează prin cerințe înalte și suport ridicat. Părinții indulgenți nu-și impun valorile, standardele și regulile asupra copiilor. Ei explică, discută regulile cu copiii, nu utilizează tehnici punitive dure , exercită control redus, au puține cerințe, încearcă să satisfacă orice cerință a copiilor, nu-i asistă în luarea deciziilor cu excepția situațiilor în care copilul cere ajutor. Părinții indulgenți acționează ca o resursă pe care copiii o utilizează atunci când au nevoie, copiii având multe drepturi și putine responsabilități ceea ce afectează dezvoltarea copilului, fixează reguli puține, sunt calzi și indulgenți, nu pot spune nu și obiectivul lor este acela de a devei prietenii copiilor cu orice preț.

Copiii părinților permisivi tind să prezinte consecințe negative, nu pot urma reguli, au autocontrol deficitar, tendințe egocentrice, întâmpină probleme în relații și interacțiuni sociale, frecvență mare în abuzul de tutun și alcool, risc mare de tulburări de comportament, obezitate.

4. Parintii neglijenți ( neimplicați)

Se caracterizează prin cerințe reduse și suport redus. Părinții neglijenți nu fixează reguli ferme sau standarde înalte, sunt indiferenți la nevoile propriilor copii și neimplicați în viețile acestora, nu prezintă afecțiune față de copii, nu ajută și nu au grijă de nevoile de bază ale copilului, inclusiv față de suportul emoțional, nu fixează reguli, nu au așteptări. Ei provin deseori din familii disfuncționale, au fost neglijați la rândul lor.

Copiii crescuți de părinți neglijenți sunt impulsivi, nu au autocontrol, au rezultate slabe la școală, puține abilități sociale, stimă de sine redusă, risc mare de tulburări afective, depresie, tulburări de personalitate, dependențe, suicid.

Concluzii

1. Medicul de familie trebuie inițial să verifice tipul de parenting practicat, precum și impactul asupra copilului.

2. Primul pas în procesul de consiliere este conștientizarea, acceptarea și confruntarea cu problema existentă a cuplului parental.

3. Prezentarea consecințelor pe care le pot avea acțiunile părinților asupra copiilor pe termen lung.

4. Medicul de familie poate acționa inițial singur folosind ascultarea activă, empatia, oferirea de informații sau împreună cu un specialist dacă cuplul parental este puternic alterat.

5. Medicul de familie rămane un factor important al echipei, fiind interfața directă atât cu părinții cât și cu copilul.

5. Stilul optim de parenting rămane cel autoritar-comunicativ ce îmbină afecțiunea cu reguli și norme, oferind copilului un model de dezvoltare.

**59. ÎNTRERUPEREA SARCINII ȘI CONSECINȚELE ASUPRA REPRODUCERII**

*Viorel Rădulescu - medic primar MF, formator de formatori MF¹, Florentina Rădulescu, medic primar MF²,*

*¹CMI Dr. Rădulescu Viorel, ²CMI Dr. Rădulescu Florentina, Caracal*

În secolul XXI, când există mijloace multiple de planificare a unei sarcini, încă ne confruntăm cu o rată ridicată a avorturilor. Sarcina la vârste extreme contribuie și ea la întreruperea spontană sau provocată.

O statistică sumbră, publicată de Breitbart News (companie americană media și site de știri), arată că, pe glob, avorturile au reprezentat principala cauză de deces.

41,9 milioane de femei au murit după avort

8,2 milioane decese cauzate de cancere

5 milioane decese din cauza fumatului

1,7 milioane decese cauzate de SIDA

Material și metodă: lucrarea reprezintă o sinteză a datelor statistice, a datelor din literatura de specialitate și din cazuistica proprie.

Discuții și rezultate: impactul întreruperii de sarcină (indiferent de cauză, metodă terapeutică) asupra reproducerii, este uriaș.

În România, în perioada 1958-2017, au fost înregistrate aproximativ 22.000.000 de avorturi (exceptând sectorul privat medical), iar în ultimul an al perioadei analizate, 55.931, adică, la 100 născuți vii, 30 întreruperi de sarcină.

OMS- arată că în România rata avorturilor este de peste două ori mai mare decât în UE, adică, 480 avorturi la 1000 de nașteri, de asemenea, numărul adolescentelor gravide este foarte mare, respectiv, peste 20000 gravide adolescente , din care 7500 au avortat.

Lipsa educației sexuale din școli, din familie, din sectorul sanitar, duce la astfel de situații.

Pe termen lung, prin complicațiile post avort, rata natalității poate fi afectată (sinechie uterină, perforația uterului, afectare psihică, frica de sarcină, rușine, frigiditate etc.)

Întreruperea de sarcină este o problemă de sănătate publică, cu implicații multiple, medicale, sociale, economice, religioase.

Medicul de familie, cunoscându-și pacientele, poate identifica gravidele cu risc și în colaborare cu ginecologul și(acolo unde există) cu psihologul, poate contribui la reducerea întreruperii de sarcină și a consecințelor ei.

Cuvinte cheie: întrerupere de sarcină, complicații, medic de familie

**60. NOU-NĂSCUTUL ȘI PRIMELE LUNI DE VIAȚĂ – CONSULTAȚIA PREVENTIVĂ A SUGARULUI**

*Florentina Rădulescu*

*Medic primar MF, CMI Caracal*

Cunoașterea începutului vieții extrauterine a omului și evoluția organismului permite înțelegerea și rezolvarea unui mare număr de probleme de ereditate, patogenie, diagnostic și conduită din patologia adultului.

Numeroase afecțiuni ale adultului nu sunt decât continuarea unor boli din perioada neonatală (cardiopatii congenitale, boli endocrine, pulmonare, sanguine, renale sau nervoase) de aceea importanța vizitelor profilactice ale medicului de familie, începând chiar după externarea din maternitate a nou-născutului, este covârșitoare.

Este foarte importantă urmărirea creșterii și dezvoltării copilului încă din perioada intrauterină, continuând după naștere și implicând o colaborare medicală multidisciplinară: obstetrician-pediatru-medic de familie.

**61. ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ A PACIENTULUI ONCOLOGIC**

*Cătălina Popa*

*Medicină de familie, CMI Valea Mare*

Terapia cancerului include: chirurgie (tumori izolate şi solide), radioterapie (la aproape jumătate din toate tipurile de cancer, utilizată curativ sau pentru ameliorarea simptomelor), chimioterapie (în toate cazurile, asociate cu alte tipuri de tratament, 10-15% efect curativ în monoterapie), imunoterapie, îngrijire paliativă (gestionarea simptomelor).

Medicamentele antineoplazice se utilizează singure sau în combinaţie, în tratamentul cancerului, cu următoarele scopuri terapeutice:

chemoprevenţie (prevenirea sau suprimarea carcinogenezei la persoanele predispuse la anumite tipuri de cancer)

vindecare (distrugerea tuturor celulelor canceroase; speranţă de viaţă neschimbată)

control (prevenirea sau încetinirea creşterii unei tumori, pentru a prelungi supravieţuirea)

paliaţie (gestionarea simptomelor).

Potrivit Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (OMS), îngrijirea paliativă reprezintă acea formă de îngrijire care are ca scop ameliorarea calităţii vieţii pacienţilor şi a aparţinătorilor acestora, pentru a face faţă problemelor cauzate de boli incurabile cu prognostic defavorabil; îngrijirea este centrată pe prevenţia şi înlăturarea suferinţei, prin identificarea precoce, evaluarea şi tratarea cu maximă eficienţă a durerii şi a altor probleme fizice, psihosociale şi spirituale.

Abordarea paliativă este o modalitate de a integra metodele şi procedurile de îngrijire paliativă în medii nespecializate pentru îngrijirea paliativă. Aceasta nu cuprinde doar măsuri farmacologice şi nefarmacologice de control al simptomelor, ci şi comunicarea cu pacientul, familia sau alţi profesionişti şi stabilirea obiectivelor în conformitate cu principiile generale de îngrijire paliativă.

Pentru a putea furniza în mod eficient îngrijiri paliative, trebuie avute în vedere următoarele aspecte:

- planificarea în avans a îngrijirii;

- accesul la servicii;

- continuitatea îngrijirii;

- locul preferat de acordare a îngrijirilor.

**62. PRIMUL AJUTOR ACORDAT UNUI ÎNECAT**

*Lector Univ. Dr. Octavian Ion Predescu*

*Universitatea Titu Maiorescu București*

Întrucât se încheie sezonul estival și pe litoralul românesc, cu un bilanț tragic în privința celor care și-au pierdut viața prin înec, voi prezenta în această lucrare tehnica acordării primului ajutor unui înecat.

Înecul este provocat de inundarea căilor aeriene cu apă, ceea ce duce la stop respirator (asfixie) urmată de stop cardiac.

Înecul poate fi de mai multe feluri:

1. Înecul propriu-zis prin aspirație de lichid (apă dulce sau apă de mare) numit și înecul albastru
2. Înecul fără aspirație de lichid, numit și înecul alb – survine la contactul cu apa rece. Trecerea bruscă de la temperatura ambiantă la temperatura scăzută a apei care poate crea o stare de șoc caracterizată prin sincopă cardiorespiratorie.

**63. CINEMATICA TRAUMEI**

*Marinache Costache¹, Gheorghe Ciobanu²*

*Policlinica Promed Slatina - ¹Ortopedie, ²Chirurgie și Ortopedie infantilă*

- Definiție: derularea și combaterea acțiunii diferitelor tipuri de agenți vulneranți asupra organismului în diversele tipuri de accidente;

- Foarte diferite la diferitele victime provenite din același accident;

Condiționate multifactorial;

- Deduse din corecta precizare a elementelor particulare ale scenei accidentului.

Sunt prezentate mecanismele traumei prin: precipitare, accident rutier, explozie, evidențiind specificul leziunilor și precizând primul ajutor.

Se expun leziunile cele mai frecvente în funcție de traume ale: coloanei cervicale, toracelui, pelvisului, membrelor.

Intervenția în cazurile de traumă este o acțiune complexă, interdisciplinară, secvențială, standardizată și integrată.

**64. EVALUAREA STRESULUI OXIDATIV LA PACIENȚII CU TROMBOCITEMIE ESENȚIALĂ ȘI COMPLICAȚII METABOLICE**

*Policlinica Promed Slatina - Hematologie*

Trombocitemia esențială (TE) Neoplazie mieloproliferativă cronică, cu prezenţa mutației JAK 2V617F în peste 50 % din cazuri.

Diagnosticatăprin aprecierea a 4 criterii majore și 2 minore, este o stare patologică tot mai frecvent întâlnită în practica hematologică.

Scopul studiului este evaluarea stresului oxidativ (Sox) la pacienții cu TE care prezintă comorbidități metabolice versus pacienții cu TE fără comorbidități metabolice.

Material și metodă. Studiul este efectuat pe 62 pacienți cu TE (consimțământ obținut).

Stresul oxidativ evaluat prin determinarea nivelului speciilor reactive de oxigen (SRO)

Determinarea capacității antioxidante (CAT)cu cititor de microplăci (Flu Oster Omega )

Nivelul stresului oxidative a fost corelat cu prezenţa/absența complicațiilor metabolice.

Rezultate. S-a observat o creștere a stresului oxidativ la pacienții cu TE care prezentau și comorbidități metabolice. Stresul oxidativ suplimentar poate influența nefavorabil evoluția TE.

**65. SINDROMUL VESTIBULAR ÎN CRIZĂ – PROVOCARE DIAGNOSTICĂ ȘI TERAPEUTICȘ LA CAMERA DE GARDĂ**

*Dragoș Mihai Ghiță, Medic rezident ORL - IFAFC prof. dr.D. Hociotă București*

Sindromul vestibular reprezintă un termen general sub denumirea căruia se reunesc toate semnele și simptomele caracteristice unei leziuni la nivelul căii vestibulare.

Vertijul, ca principal simptom al sindromului vestibular, este foarte frecvent întâlnit în practica generală și are o etiologie extrem de variată.

Un pacient care se prezintă la camera de gardă și acuză simptome de amețeală și/sau vertij, necesită o abordare complexă, diagnostică și terapuetică, elementele cheie fiind anamneza și examenul clinic, completate de examinările paraclinice.

Este esențială diferențierea dintre sindromul vestibular de cauză periferică și cel de cauză centrală, uneori fiind necesară abordarea pacientului în echipa multidisciplinară, împreună cu medicul neurolog.

Caracteristic pentru sindromul vestibular periferic este vertijul, descris de pacient ca senzația de mișcare (rotatorie sau liniară) a mediului înconjurător față de persoană sau a persoanei față de mediul înconjurator, senzație diferită fatță de amețeală. Clinic, vertijul se traduce prin nistagmus – mișcare ritmică a globilor oculari, formată dintr-o secusă lentă ce reprezintă asimetria funcțională vestibulară și o secusa rapidă de revenire a globilor oculari în poziție fiziologică.

Anamneza poate orienta diagnosticul către un sindrom vestibular periferic prin identificarea unui debut brutal al acestuia, eventual cu intervale intercritice normale, asocierea fenomenelor vegetative (grețuri, vărsături, transpirații), auditive (hipoacuzie, tinnitus), agravarea vertijului la mișcările bruște ale capului, sau apariția sa într-o singură poziție (VPPB), pacientul descriind senzația de vertij, în general rotator, senzația de rotație este către vestibulul hipovalent și scade în intensitate la privirea în punct fix. Din punct de vedere clinic, se observă nistagmusul, ce prezintă secusa rapidă către vestibulul hipervalent.

De asemenea, la prezentarea pacientului la camera de gardă se pot efectua cu ușurință câteva probe extrem de utile – testul Dix-Hallpike, testul Unterberger, testul Romberg și manevra “head-shaking”.

Dacă pacientul afirmă și afectare auditivă, vor fi necesare otoscopia și acumetria instrumentală cu diapazonul de 256 Hz sau 512 Hz – probele Rinne și Weber.

Avand o etiologie foarte variata, cauzele de vertij pot fi multiple, iar printre cele mai importante putem enumera:

Cauze otologice – traumatismele craniene asociate cu fractura de stanca temporala, infectii virale sau bacteriene extinse la nivelul vestibulului (labirintite, neuronita vestibulara, otita serioasa, herpes sau zona zoster otice, otomastoiditele acute sau cornice etc), boala Meniere, cauze vasculare (surditate brusc instalata ce asociaza deficiet vestibular), administrarea de medicatie ototoxica, boli autoimmune (sindrom Cogan).

Cauze neurologice – Afectiuni ale nervului VIII (Schwannom vestibular, conflict vasculo-nervos, tumori ale conductului auditiv intern), infectii virale sau bacteriene (meningita, encefalita).

Alte cauze – vertijul cervical (hernii de disc cervicale), vertijul ocular, iatrogene

Idiopatic.

Diagnosticul diferential dintre toate aceste cause este dificil de stabilit la camera de garda si necesita internarea pacientului pentru investigatii mai complexe; astfel sunt foarte importante probele vestibulare – videonistagmografia, electronistagmografia, video head impulse test – dar si testele audiometrice – audiometria tonala liminara, audiometria vocala si impendancemetria, investigatiile imagistice – CT (in cazul suspiciunii unei patologii mastoidiene) sau IRM (in cazul suspiciunii unui Schwannom vestibular) cu/fara substanta de contrast in functie de situatie, investigatii de laborator, serologie virala (herpes simplex, VVZ) etc.

Tratamentul sindromului vestibular poate fi farmacologic, fizic, chirurgical si psihologic.

Tratamentul fizic se refera la manevra de repozitionare adresata fiecarui canal semicircular in parte in cazul unui VPPB, urmata de reeducare vestibulara.

Tratamentul farmacologic are ca scop in primul rand suprimarea crizei vertiginoase si se bazeaza pe pe medicatia antiinflamatorie steroidiana - corticosteroizi si medicatie cu efect sedativ vestibular - benzodiazepine. La acestea se poate adauga, de la prezentare sau ulterior, medicatie adjuvanta – anticolinergice; prokinetice; agonisti histaminergici H3; medicatie antivirala (in cazul confirmarii acesteia) si diuretice (in cazul bolii Meniere).

Tratamentul chirurgical se adreseaza in primul rand rezolvarii cauzei etiologice atunci cand este posibil (asanarea focarelor infectioase, inchiderea fistulelor labirintice etc) dar si ameliorarii simptomatologiei atunci cand celelalte metode de tratament nu au avut rezultat (neurectomia vestibulara, saccotomia, labirintectomia).

In concluzie, in cazul pacientului care se prezinta la camera de garda cu vertij, este necesara, in primul rand diferentierea dintre sindromul vestibular de cauza centrala si cel de cauza periferica si intr-un timp ulterior incercam identificarea etiologiei acestuia din urma. Diferentierea dintre cele doua poate fi dificila, dar prin insusirea unor manevre importante in diagnostic aceasta se poate face chiar la camera de garda.

**66. INTERACŢIUNILE MEDICAMENTOASE ÎN TERAPIA ONCOLOGICĂ**

*Conf. Univ. Dr. Puiu Olivian Stovicek*

*Universitatea Titu Maiorescu București, Facultatea de Asistență Medicală Târgu Jiu*

Managementul farmacologic corect al pacientului oncologic include prevenirea interacțiunilor medicamentoase. Interacțiunile medicamentoase reprezintă o problemă frecventă care creşte numărul internărilor în spital ca urmare a unor reacţii adverse importante, uneori grave sau chiar fatale. Frecvența acestora poate varia de la 16% la 70% din pacienții tratați, estimându-se că, în Franța, aproximativ 2% din asocierile medicamentoase prescrise sunt contraindicate parțial sau absolut (Riechelmann 2009). Cercetările în acest domeniu au început în anii 1960, când a fost practic semnalată prima interacțiune, nu între două medicamente, ci între un medicament și un aliment. Modalitățile de interacțiune între medicamente sunt variate și depind de mai mulți factori: statusul şi vârsta pacientului, polimedicaţia, tratamentele cronice, funcţia renală şi hepatică, gradul de legare de proteinele plasmatice sau tisulare transportul transmembranar. Aceste cauze au o frecvenţă înaltă la pacienţii oncologici. Un medicament poate influența acțiunea unei enzime metabolice sau a unui transportator, determinând creşterea sau scăderea concentrației plasmatice a altor medicamente. Principala problemă a interacţiunilor medicamentoase o constituie creşterea incidenţei reacţiilor adverse, motiv pentru care au fost retrase de pe piaţă o serie de medicamente. Potențialul interacțiunilor medicamentoase trebuie luat în considerare pentru evaluarea risc-beneficiu pentru fiecare pacient în parte. Modificările farmacocinetice se corelează cu ineficiența tratamentului și cu toxicitatea crescută. Din punct de vedere farmacodinamic pot să apară modifcări la nivel receptoral, agravarea unor afecţiuni comorbide, efecte farmacologice scăzute sau augmentate. Identificarea corectă raportarea şi prevenirea interacţiunilor medicamentoase se asociază cu creşterea calităţii vieţii pacienţilor, cu limitarea scăderii aderenţei şi a complianţei la tratament precum şi cu scăderea costurilor de îngrijire.

În patologia oncologică, factorii de risc asociați cu interacțiunile medicamentoase sunt reprezentați de vârsta înaintată a pacientului, scăderea în greutate, prezența comorbidităţilor, spitalizările prelungite, polipragmazia, hipoproteinemia, afectarea funcțiilor renală sau hepatică (Campen, Vogel and Shah, 2017). O problemă majoră în terapia pacienților cu cancer o constituie indicele terapeutic îngust corelat cu riscul de reacții adverse al agenților farmacologici antineoplazici. Interacțiunile medicamentoase influențează farmacocinetica sau farmacodinamica medicamentului chimioterapic, modificând semnificativ eficacitatea sau toxicitatea acestuia și implicit doza optimă. Cele mai multe interacțiuni farmacocinetice medicamentoase implică metabolismul și calea de transport a medicamentului. Interacțiunile farmacodinamice sunt rezultatul suprapunerii mecanismelor de acțiune sau al toxicității combinate asupra aceluiași organ țintă (Scripture and Figg, 2006). În acest context, evaluarea factorilor de risc pentru prevenirea și monitorizarea acestui tip particular de simptomatologie devine esențială pentru înțelegerea statusului pacientului, a istoricului medical și farmacologic al acestuia precum și a nivelului educațional. Scala START (Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment - instrument de screening pentru a alerta medicii cu privire la tratamentul corect) ajută la identificarea medicației omise, prin întrebări specifice pentru fiecare sistem fiziologic (Barry et al, 2007). Algoritmul ARMOR (Assess, Review, Minimize, Optimize, Reassess - evaluare, revizuire, minimizare, optimizare, reevaluare) permite o evaluare mai complexă privind polipragmazia, stasului clinic, funcțional și cognitiv, precum și calitatea vieții (Haque, 2009). Estimarea predictivă a posibilelor interacțiuni medicamentoase in oncologie este o etapă extrem de importantă în evaluarea pacienților deoarece permite reducerea toxicității, îmbunătățirea eficacității, dozarea corectă și creșterea complianței chimioterapiei.

**67. TULBURĂRILE PSIHICE ÎN CANCER**

*Lector Univ. Dr. Ana-Maria Cîmpeanu*

*Facultatea de Asistență Medicală Tg. Jiu, Universitatea Titu Maiorescu București – filiala Tg. Jiu*

În această lucrare ne-am propus abordarea unei teme de actualitate, având în vedere procentul ridicat al pacienților cu boli oncologice care întâmpină o varietate de tulburări de ordin psihiatric. Există o strânsă corelație între patologia somatică și tulburările psihice. La pacienții oncologici există o serie de modificări psihiatrice care trebuie rapid diagnosticate și tratate atât prin psihoterapie cât și prin medicație în scopul ameliorării calității vieții.

Având în vedere incidența crescută a tumorilor maligne, am realizat un studiu în perioada 2019-2021 al principalelor tulburări psihice întâlnite la pacienții cu tumori pulmonare, neoplasm de pancreas, tumori cerebrale primare și metastaze cerebrale. Printre cele mai frecvente tulburări au fost identificate anxietatea, depresia, delirul, riscul suicidal. În cazul pacienților diagnosticați cu un anumit tip de cancer, se dezvoltă sentimente de pierdere a controlului, statistic demonstrându-se că pacienții cei mai afectați de modificările emoționale sunt cei aflați în stadiile terminale ale bolii.

**68. TALASEMIILE ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE**

*Daniela Costescu*

*SC Sanavit SRL – Genetică medicală/Medicină de familie*

Talasemiile sunt cele mai frecvente boli monogenice din lume. Mutațiile alterează sinteza sau stabilitatea lanțurilor de alfa globina sau de beta globina, producând alfa-talasemii sau beta-talasemii.

Deși diagnosticul final, de certitudine, îl pune medicul hematolog sau genetician, o mare importanța i se poate aloca medicului de familie în identificarea potențialelor persoane care pot avea talasemie ( în urma analizelor uzulale pe care le fac acestea, cât și în urma investigării primare a membrilor familiilor acestora și pe care apoi le îndreaptă către specialitățile mai sus amintite).

Voi prezenta câteva noțiuni generale, precum și âateva cazuri din ultimii ani în care am identificat mai multe persoane cu talasemie, atât prin prisma analizelor efectuate cât și ajutată de investigații amănunțite în ceea ce privește anamneza familială.

**69. MODELAREA ȘI SIMULAREA UNOR SITUAȚII NORMALE, PATOLOGICE SAU POST CHIRURGICALE ALE UNOR SISTEME ANATOMICE UMANE**

*Gabriel Buciu1, Dragoș-Laurențiu Popa2, Aurelian Udriștioiu3, Michi Geambesa4, Nicolae Adrian Dina5, Duță Alina6, Daniel Cosmin Calin7*

*¹Facultatea de Asistență Medicală – Universitatea Titu Maiorescu Târgu Jiu, ²Facultatea de Mecanică – Universitatea din Craiova, ³Facultatea de Medicină – Universitatea Titu Maiorescu București, ⁴Facultatea de Educație Fizică și Sport – Universitatea din Craiova, ⁵Universitatea de Educație Fizică și Sport – Chișinău, Moldova, ⁶Facultatea de Mecanică – Universitatea din Craiova, ⁷Spitalul Județean de Urgență Slatina*

**Cuvinte cheie:** simulare, modelare, reconstrucție 3D, inginerie inversă, metoda elementelor finite.

**Rezumat:** Pentru ca o simulare să fie apropiată de realitatea comportamentului unui sistem uman s-au utilizat seturi de imagini obținute prin tomografiere computerizată. Aceste seturi de imagini conțin informația necesară reconstrucției tridimensionale a modelelor analizate. Folosind diferite tehnici, care se bazează pe transformarea nuanțelor de gri din imaginile tomografice, se pot obține geometrii primare ale componentelor și țesuturilor conținute în așa numitul “nor de puncte”. Acest format informatic este specific ingineriei inverse, mai precis, scanării tridimensionale. Geometria primară astfel obținută este apoi prelucrată în programe specifice, deoarece acestea pot să conțină artefacte (elemente care nu aparțin modelului real), suprafețe care se autointersectează sau alte componente neconforme care nu pot fi transformate în solide virtuale. Aceste etape de transformare au ca scop final, obținerea unor suprafețe perfect închise. Doar astfel de geometrii pot fi transformate în solide virtuale utilizând un program CAD. Tot în acest software se pot adăuga, folosind tehnici și metode specifice ingineriei directe, elemente de implant sau protezare. Modelele complete se transferă într-un program care permite analiza acestora folosind metoda elementelor finite. În acest software, se atașează materialele specifice, se indică contrângerile, se definesc încărcările mecanice sau fluxurile termice sau de altă natură. În final, se rulează aplicațiile și se obțin hărțile de rezultate care compun comportamentul sitemului analizat. Pe baza acestora se pot extrage concluzii și se pot lua decizii de natură medicală.

**70. ANGINA LA COPIL: ALGORITMI DE DIAGNOSTIC**

*Dorian Costescu*

*Medicina de familie, SC Medical Baby SRL*

**Boala apare, adesea, în copilarie şi se caracterizează prin febră până la 39 ° C şi peste, o creştere a ganglionilor limfatici, dureri în gât şi simptome de intoxicaţie (dureri de cap, slăbiciune).**

**Angina se dezvoltă adesea în sezonul rece la copiii care frecventează şcoala, grădiniţa, deoarece în aceste locuri există un risc mai mare de transmitere a infecţiei.**

**Vom începe cu statisticile triste: aproape 50% din populația noastră este familiarizată cu angina, nu teoretic, ci din experiența personală, adică au suferit personal de angină. Prevăd obiecții - statisticile nu sunt triste, ba chiar prea optimiste și false, deoarece gât roșu și inflamat, mai devreme sau mai târziu am avut fiecare. Ca răspuns la obiecții, rețineți că: 99% din populație nu are idee despre este cu adevărat angina, așa că mai departe vom argumenta și vom investiga.**

**71. UTILIZAREA OCT IN DIAGNOSTICUL BOLILOR OCULARE**

*Claudia Marinela Stefan*

*Oftalmologie – Policlinica Rosana Medical București*

Tomografia retiniană în coerența optică este o metodă modernă, neinvazivă, non-contact de investigație a retinei bazată pe principiul interferometriei, folosind imagini ale reflectivității țesuturilor la lumina infrarosie pentru a diferenția structura internă tisulară.

OCT este folosit pentru obținerea unor “secțiuni” optice longitudinale ale retinei prin diferențele de reflectivitate optică existente între membranele limitante externă și internă ale retinei neurosenzoriale.

OCT este utilă în diagnosticul următoarelor afecțiuni: retinopatie diabetică, gaura maculară, degenerescența maculară legată de vârstă, membrane epiretiniene cu tracțiuni vitreomaculare, obstrucții vasculare retiniene, membrane neovasculare coroidiene, rupturi de epiteliu pigmentar.

**72. MAMOGRAFIA – MODALITATE DE DIAGNOSTIC ÎN CABINETUL MEDICULUI DE FAMILIE**

*Viorel Rădulescu - medic primar MF, formator de formatori MF,*

*CMI Dr Radulescu Viorel*

România este țara din Europa cu cea mai mică acoperire cu servicii mamografice a populației cu risc de cancer mamar (ECHIS 2019) Cancerul mamar este cea mai frecventă formă de cancer în populația României și peste 1/3 din totalul cancerelor la femei. Incidența cazurilor este mai mică în România dar mortalitatea prin cancer de sân are volori apropiate de cele din țările EU, o dovadă a faptului că multe cazuri în țara noastră sunt diagnosticate tardiv și șansele de supraviețuire sunt mici.

Depistarea precoce a cancerelor de orice tip include două strategii: screeningul și diagnosticul precoce.

Diagnosticul precoce se bazează pe:

-conștientizarea și sensibilizarea publicului și a profesioniștilor din sănătate - în principal la nivelul cabinetelor din medicina primară - despre semnele și simptomele asociate cancerului;

-îmbunătățirea comportamentului în aceste cazuri prin evaluare clinică și paraclinică promptă;

-îndrumare rapidă spre eșaloanele superioare ale sistemului sanitar în caz de necesitate pt ca investigatiile de diagnostic ulterioare și tratamentul să poată fi instituit în timp util;

Această atitudine în practica medicală ar crește rata de supraviețuire la cinci ani și ar evita mortalitatea și complicațiile precoce.

Metodele de diagnostic precoce includ pe lângă autoexaminarea precoce, examenul clinic al sânului și mamografia.

Sensibilizarea medicului de familie, care se află în postura de a oferi examenul clinic al sânului în cadrul consultațiilor preventive și depistarea în cazul examenelor pozitive, trebuie coroborată cu familiarizarea acestuia cu indicațiile de examen mamografic atât în examenele clinice pozitive cât și în cazul protezelor mamare, implantelor mamare.

Medicul de familie trebuie să fie familiarizat cu semnificația rezultatelor mamografiei (lexiconul BIRADS) și conduita ulterioară de urmat, inclusiv investigații complementare: ecografia, rezonanța magnetică nucleară, tomosinteza. Prin îmbunătățirea modelului de practică medicală în cabinet, medicul de familie devine capabil să asigure managementul riscului de îmbolnăvire la populația sănătoasă și prin poziția sa poate identifica populația eligibilă pentru evaluarea riscului individual. Modificarea modelului de practică, în cabinetele MF, ar îmbunătăți rata de supraviețuire și ar evita mortalitatea și complicațiile precoce.

Cuvinte cheie: lexiconul BIRADS, mamografie, cancer mamar, medic de familie