

**Simpozion National “Zilele Golli”
Craiova 15-16 Mai 2015**

Program

15 Mai 2015

08.00 – 09.00 Inscrierea participantilor

09.00 – 09.20 Deschiderea lucrarilor simpozionului.

09.20 - 09. 40 REABILITAREA PULMONARĂ ÎN ROMÂNIA, GRUPUL DE LUCRU DE REABILITARE RESPIRATORIE AL SRP ȘI ACCP/CHEST

Conf. Univ. Dr. Paraschiva POSTOLACHE, MD, PhD, FCCP

09.40 – 10.00 GAZOMETRIA ARTERIALA SI ECHILIBRUL ACIDO-BAZIC

Mimi Nitu, Mihai Olteanu, Diana Medregoniu

10.00 – 11.00 VENTILATIA NON-INVAZIVA: DE CE, CAND, UNDE, CUM

Deleanu Oana Claudia

11.00 – 11.15 Pauza

11.15 –11.35 SIMPTOME, DIAGNOSTIC, TRATAMENT IN APNEEA DE SOMN

Diana Medregoniu, Mimi Nitu, Oana Arghir, Andreea Golli

11.35 – 11.55 MASTI SI INTERFETE UTILIZATE IN APNEEA DE SOMN

Cristina Calarasu, Floarea-Mimi Nitu, Mihai Olteanu, Costin Streba, Madalina Olteanu,

11.55 – 12.15 SASO SI COMORBIDITATI

Diana Medregoniu, Mimi Nitu

12.15 – 12.45 Simpozion Chiesi

12.45 – 13.00 Lansare carte

13.00 – 14.00 Pauza

14.00 –14.20 TANDEM: INROLAREA PACIENȚILOR CU TUBERCULOZĂ PULMONARĂ- DATE PRELIMINARE

Ramona TEODORESCU, Marius Sorin CIONTEA, Marian OLARU, Mihai OLTEANU, Cristian NEGREA, Mimi NIȚU, Dorina VĂTRAI, Ileana BĂZĂVAN, Maria POPESCU, Corneliu MIU, Anca-Lelia RIZA, Mihai IOANA, Reinout van CREVEL

14.20 –14.40 TANDEM: MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS – ASPECTE ALE DIAGNOSTICULUI DE LABORATOR

Adriana FLORESCU, Daniela PĂPURICĂ, Cornelia EDIȚOIU, Vasilica DUBREU, Marina CHELARU, Ileana VALUȚANU, Iulia CĂPITĂNESCU, Creola ENOIU, Alina CIMPOERU, Anca-Lelia RIZA, Mihai IOANA, Reinout van CREVEL

14.40 –15.00 TUBERCULOZA PULMONARĂ – INCA O PROVOCARE?(Prezentare caz)

Elena Vlad, Angelica Nica, Alin Demetrian, Emil Tănasă, Maria Gr. Popescu

15.00 –15.20 AFECTIUNILE EREDITARE – CAUZA DE INDIVIDUALIZARE A TRATAMENTULUI ANTITUBERCULOS

Mara Balteanu, Mihaela Tanasescu, Gabriela Iancu, Gina Ciolan, Daniel Eparu, Madalina Burecu, Beatrice Mahler, Rodica Traistaru

15.20 –15.40 TUBERCULOZA EXTRARESPIRATORIE LA NIVELUL POLICLINICII PNF CRAIOVA ÎN PERIOADA 2005-20012

V. I. Grecu, Mimi Nitu, M. Olteanu, A. V. Maceseanu, Cristina Calarasu

15.40 –16.00 Pauza

16.00 –16.20 MONITORIZAREA ASTMULUI BRONIC SI A BPCO IN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

Viorela Enachescu, S.P.Bezna, Ligia Florea, Adriana Dogaru, C. Kamal

16.20 –16.40 METAANALIZA – COMPARATIA EFICACITATII CORTICOSTEROIZILOR INHALATORI IN BPOC

C.T. Streba, Mimi Nițu, M. Olteanu, Diana Tudorașcu, Cristina Mărgineanu, Daniela Ciobanu, D. Pîrvu, Fl. Petrescu

16.40 –17.00 Simposion Fitterman

17.00 –17.20 CAPACITATEA DE EFORT LA PACIENTII PARKINSONIENI CU DISFUNCTIE RESPIRATORIE – EVALUARE SI REABILITARE

Rodica Traistaru, Mara Bălteanu, Otilia Rogoveanu, Diana Kamal

17.20 –17.40 LUNG INFORMATION NEEDS QUESTIONNAIRE – LINQ si comunicarea medic - pacient la pacientii cu BPOC inclusi în programul de reabilitare pulmonară

Damaris Lidia Varuti, Paraschiva Postolache, Roxana Popescu, Sorin Dinescu, Mihai Olteanu, Mimi Nițu

17.40 –18.00 BRONȘITA CRONICĂ – COMPLICAȚIE SAU BOALĂ ASOCIATĂ SILICOZEI?

Nina Ionovici, M.G. Bunescu, Venera Cristina Dinescu, S.N.

18.00 –18.30 Discutii

16 Mai 2015

08.30 – 08.50 CORELATIA INTRE FORTA MUSCHILOR RESPIRATORI SI ALTI PARAMETRI LA PACIENTII CU BPOC

Alina Croitoru, Daniela Jipa, Miron Bogdan

08.50 – 09.10 DIFICULTATI DE DIAGNOSTIC INTR-UN CAZ DE PARAZITOZA CU AFECTARE MULTIORGANICA

G. Ciolan, C. Marica, M. Balteanu, M. Tanasescu, M. Burecu, B. Mahler, D. Eparu, A. Nicolae, A. Stoica, A. Diaconu, A. Popescu, C. Bolca, E. Magheran

09.10 – 09.30 DISPOZITIVE CU PRESIUNE POZITIVA UTILIZATE IN SINDROMUL DE APNEE IN SOMN DE TIP OBSTRUCTIV

Stefan Dumitrache-Rujinski

09.30 – 09.50 HIPERTENSIUNEA PULMONARA ASOCIATA SINDROMULUI DE APNEE IN SOMN.

D. Zaharia, T.Constantinescu, S. Dumitrache-Rujinski, Prof. M.A. Bogdan

09.50-10.10 VERDICT: CANCER PULMONAR – IMPACTUL PSIHOLOGIC ASUPRA PACIENTULUI

Antonela Dragomir, Ruxandra Râjnoveanu, Ruxandra Ulmeanu

10.10 10.40 Simpozion Boehringer

10.40- 11.00 Pauza

11.00- 11.20 MEDICINA DEFENSIVĂ - CONSECINȚA A MALPRACTICII?

Dr.Beatrice Mahler, Ruxandra Ulmeanu

11.20-11.40 SINDROM INTERSTITIAL PULMONAR LA O PACIENTA CU ASTM - CAZ CLINIC

Ionela Belaconi, Teodora Schwarz, Corina Dovan, Catalin Geambasu, Claudia Toma, Mimi Nitu, Miron Bogdan

11.40-12.00 INTERFERENȚELE SOMNULUI CU IMUNITATEA

Mihaela Oros, Lucica Baranga, George Jugulete, Florin Mihaltan

12.00-12.20 ABORDUL TORACOSCOPIC UNIORTAL AL PLEUREZIILOR

Nicolae Galie, Cornel Savu, Cornel Petreanu, Vasile Grigorie, Boris Coman

12.20 – 2.35 DRENAJUL PERICARDIC PERCUTAN SUBXIFOIDIAN ÎN PERICARDITELE ACUTE SI CRONICE

Alin Demetrian, Monica Popescu, Roxana Mustafa, Teodora Schwarz, Camelia Demetrian, Corina Dovan, Serenada Bălă

12.35 – 12.55 EXPLORAREA BIOPSICA A MEDIASTINULUI

Nicolae Galie, C. Savu, C. Petreanu, V. Grigorie, Emilia Tabacu, Emilia Crisan

**12.55 – 13.10 DIAGNOSTIC IMAGISTIC VERSUS DIAGNOSTIC INTRAOPERATOR
LIPOM PARIETAL (PREZENTARE DE CAZ)**

Nicolae Galie, Cornel Savu, Bebliuc Alexandru, Irimia Ioana, Beleuzu Vlad

**13.10 – 13.30 PUNCȚIA-BIOPSIE TRANSTORACICĂ (PBTT) CU DIVERSE METODE
DE GHIDAJ – EXPERIENȚA CLINICII DE CHIRURGIE TORACICĂ DIN CRAIOVA
DUPĂ PRIMELE 200 DE CAZURI**

*Alin Demetrian, Adrian Dobrinescu, Mădălin Ștefescu, Camelia Demetrian, Corina Dovan,
Dana Albulescu, Serenada Bălă*

13.30 – 13.45 Pauza

13.45 – 14.00 IMPACTUL PULMONAR AL BOLILOR GASTROINTESTINALE

*Mimi Nitu, Mihai Olteanu, Cristina Calarasu, Madalina Olteanu, Loredana Golli, Costin Streba,
Ileana Bazavan*

14.00 – 14.15 SINDROMUL HEPATO-PULMONAR

*Mimi Nitu, Mihai Olteanu, Cristina Calarasu, Madalina Olteanu, Loredana Golli, Costin Streba,
Ileana Bazavan*

**14.15 – 14.30 TUBERCULOZA PEDIATRICĂ ȘI REZISTENȚA LA
TUBERCULOSTATICE ÎN CONTEXTUL VÂRSTEI**

Dinescu Venera, Ionovici Nina, Bunescu M.G., Dinescu S.N.

**14.30 – 14.45 EVALUAREA PACIENTULUI CANDIDAT LA REABILITARE
PULMONARA: EXISTA LIMITE?**

Roxana Maria NEMES, Paraschiva POSTOLACHE, Mimi Floarea NITU

**14.45 – 15.00 RELAȚIA DINTRE SINDROMUL DE APNEE ÎN SOMN DE TIP
OBSTRUCTIV ȘI PATOLOGIA CARDIOMETABOLICĂ**

Doina Adina Todea, Andreea Codruta Coman

15.00 *Discutii. Inchiderea lucrarilor*

Stimati colegi

"Zilele Golli" sunt deja evenimente traditionale consacrate în peisajul pneumologiei românești. Ele marchează o ocazie unică de a ne aminti de progresele în domenii, de predecesori și de viitorul pe care-l conturează în prezent tinerele generații. Comemorarea unui deschizător de drumuri cum a fost profesorul Golli, a celor care i-au urmat dar și efortul actualei echipe conduse de D-na conf Mimi Nitu de a aduna toate forțele din pneumologie pentru a discuta și a avea un dialog util pentru practicieni, cercetători, tehnicieni indiferent de zona pe care o acoperă au permis trecerea încet încet de la o acoperire locală la una regională și chiar națională.

Cu regretul cu nu pot ajunge la această manifestare îmi exprim speranța că și de această dată manifestarea va contribui la creșterea nivelului și a vizibilității pneumologiei românești în competiția de imagine la care lucrăm cu toții.

Florin Mihălțan

15 MAI 2015

GAZOMETRIE SI ECHILIBRU ACIDO-BAZIC

Mimi Nitu¹, Mihai Olteanu¹, Diana Medregoniu¹

¹-UMF Craiova

²-Spitalul Victor Babes Craiova

Gazometria reprezintă studiul gazelor dizolvate în sange (O₂ și CO₂) permitând observarea capacității hemoglobinei de a se încărca cu O₂, echilibrul pH-ului și acțiunea sistemelor tampon. Gazometria este efectuată frecvent prin puncție arterială (preferată este artera radială) sau prin recoltarea de sange capilar și permite evaluarea eficienței sistemului respirator dar și aprecierea statusului metabolic. În scop diagnostic, prognostic și terapeutic se măsoară Ph-ul, PaO₂, PaCO₂, HCO₃⁻.

Echilibrul AB este evaluat prin măsurarea concentrației ionilor de hidrogen (H⁺) în organism, observarea mecanismelor de reglare a acestei concentrații și a efectelor tulburărilor concentrației ionilor de H⁺. Menținerea constantă a concentrației ionilor de H⁺ este esențială pentru organismele vii. Procesele metabolice eliberează continuu o încărcătură acidă (ioni H⁺). Mecanismele de reglare a echilibrului acido-bazic implică sistemele tampon (acizi slabi și sarurile lor sau baze slabe și sarurile lor), eliminarea pulmonară a CO₂, reglarea renală a echilibrului acido-bazic prin eliminarea în urină a ionilor de H⁺ și creșterea HCO₃⁻ plasmatic (reabsorbție și regenerare).

Astfel se definesc: *Acidemie* -concentrația ionilor H⁺>44nmol/l (pH<7,36), *Alcalemie*: concentrația ionilor H⁺<36nmol/l (pH>7,44) *Acidoza*: procesul patologic care tinde să inducă acidoza, *Alcaloza*: procesul patologic care tinde să inducă alcalemie. Acidemia și alcalemia sunt termeni mutual exclusivi (nu pot coexista) iar acidoza și alcaloza pot coexista

Tulburarea primară implică alterarea unui parametru al echilibrului acido-bazic (PCO₂, HCO₃⁻) indusă de un proces patologic. Modificarea secundară (compensatorie) implică

alterarea unui parametru al echilibrului acido - bazic indusa de un mecanism compensator ce modifica in acelasi sens celalalt parametru al echilibrului acido- bazic.

In functie de mecanism se disting 3 tipuri de *alcaloza* : metabolica ($\text{HCO}_3^- > 26 \text{ mol/l}$ si $\text{pH} > 7,45$), respiratorie ($\text{PCO}_2 < 35 \text{ mmHg}$ si $\text{pH} > 7,45$), alcaloza mixta ($\text{pH} \uparrow$ $\text{HCO}_3^- \uparrow$ si $\text{PCO}_2 \downarrow$) si tot in functie de mecanism se disting si 3 tipuri de *acidoza*: metabolica ($\text{HCO}_3^- < 22 \text{ mmol/l}$ si $\text{pH} < 7,36$) respiratorie ($\text{PCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$ si $\text{pH} < 7,35$) si mixta ($\text{pH} < 7,35$ si $\text{HCO}_3^- < 22 \text{ mmol/l}$ si $\text{pCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$)

Dezechilibrele acidobazice pot fi acompaniate de o suita de manifestari precum: stare de soc, coma, convulsii, tahi/bradipnee, diaree, greata, dureri abdominale, deprimare miocardica, cefalee, tetanie, supradenivelare de segment ST.

Identificarea cauzei si asigurarea rapida a unui echilibru acidobazic optim este vitala pentru pacient.

VENTILATIA NON-INVAZIVA: DE CE, CAND, UNDE, CUM

Deleanu Oana Claudia

Ventilatia non-invazia (VNI) reprezinta o metoda de asistare sau chiar protezare a respiratiei spontane a unui individ. Poate fi temporara (cel mai frecvent), pana la remiterea cauzelor care au determinat insuficienta respiratorie, sau indicate pe termen lung. Scopurile VNI sunt multiple cele mai importante fiind ameliorarea simptomatologiei, scaderea travaliului respirator, imbunatatirea schimbului gazos, evitarea intubarii, cresterea calitatii vietii, prelungirea supravieturii, confortul pacientului.

Dezavantajele acesteia sunt locale (necroza pielii faciale legate de masca), legate de caile aeriene (absenta protectiei cailor aeriene, imposibilitatea de bronhoaspiratie) si sistemice (corectia lenta a anomaliiilor schimburilor gazoase, distensie gastrica, claustrofobie). Modurile de VNI sunt reprezentate de ventilatie in presiune negativa (rar folosita in zilele noastre) si ventilatie cu presiune pozitiva, cea din urma putand fi controlata in presiune (exemplu: nBiLevel ST, NIPPV) sau controlata in volum. VNI cu presiune pozitiva se administreaza prin intermediul unei masti : nazale, oronazala, faciala, piese bucale/nazale. Ca in cazul fiecarei terapii, si pentru VNI exista indicatii si contraindicatii, absolute si relative.

Folsirea VNI a crescut in ultimii ani fiind o indicatie de ghid in exacerbarile BPOC, intrucat reduce frecventa intubarii in insuficienta respiratorie hipercanica, faciliteaza sevrearea de ventilator si reducerea sederea in ATI.

SIMPTOME, DIAGNOSTIC, TRATAMENT IN APNEEA DE SOMN

Diana Medregoniu¹, Mimi Nitu², Oana Arghir³

1.Spitalul Clinic Victor Babes Craiova, 2.UMF Craiova 3. Universitatea de Medicina „Ovidius” Constanta

Somnul este o parte integrantă a existenței umane fiind acum, mai mult ca niciodată, un subiect de interes clinic și cercetare. Somnul este esențial pentru viață deoarece realizează o reîncărcare a minții și a corpului, de aceea ne petrecem o treime din viață dormind.

SASO reprezintă o condiție medicală semnificativă, cu o prevalență crescută, frecvent nedagnosticată. Vom prezenta în lucrarea de față simptomatologia acuzată de pacienți, cu diferențele inerente legate de sex și vârstă, care în corelație cu chestionare speciale (Scala de Somnolență Epworth și chestionarul Berlin) pot duce la o suspiciune de diagnostic a acestei patologii.

Gold standard-ul însă este diagnosticul prin poligrafie și polisomnografie, metode de diagnostic ce implică aparatură specializată și care pot da informații semnificative asupra severității acestei patologii. Tratamentul de elecție este reprezentat de CPAP, metoda care duce la un foarte bun control al acestei patologii cu scăderea riscului comorbidităților asociate

MAȘTI ȘI INTERFETE UTILIZATE ÎN APNEEA DE SOMN

Cristina Calarasu¹, Floarea-Mimi Nitu², Mihai Olteanu², Costin Streba², Madalina Olteanu²
1.Spitalul Clinic Victor Babes Craiova, 2.UMF Craiova

Utilizarea presiunii ventilatorii noninvazive a crescut exploziv în ultimii ani datorită accesibilității noilor modele de interfețe și datorită dorinței de a reduce complicațiile intubării. Succesul dovedit în numeroase afecțiuni este susținut și de studiile publicate în literatură. Este demonstrat rolul ventilației noninvazive în exacerbarile acute ale BPOC, în cazurile ce necesită reintubare după 48 ore, în edemul pulmonar cardiogen și în insuficiența respiratorie hipoxemică. Selectarea pacienților, a interfețelor adecvate și monitorizarea corectă reprezintă cheia succesului în NIV.

Odată cu prescrierea unei terapii PAP va trebui să se determine masca potrivită pentru nas sau/si gura, furtunul și hamul, deci o “interfață”. Este foarte important ca masca să fie confortabilă și să prevină pierderile de aer întrucât determinarea presiunii ideale a aerului insuflat se face în cazul unei etanșeități corecte. O masca confortabilă duce la o complianță crescută și la mai puține efecte adverse.

Modelul și forma măștilor au fost perfecționate de la an la an, în prezent existând tendința miniaturizării acestora sau a dezvoltării măștilor de tip gel ca și “o mărime ce se potrivește tuturor” formată dintr-un corp moale și flexibil și o pernă cu gel, adaptarea măștii fiind posibilă printr-un fir rigid încorporat în corpul măștii.

Variatatea măștilor și a hamurilor, oferta de garanții, avantaje și minimizarea costurilor asigură complianța ce va fi corelată cu rapiditatea instalării efectelor pozitive deci diminuarea somnolenței diurne și îmbunătățirea calității somnului.

Cuvinte cheie: masca, interfață, ventilație noninvazivă

SASO SI COMORBIDITATI

Diana Medregoniu¹, Mimi Nitu²

1.Spitalul Clinic Victor Babes Craiova

2.UMF Craiova

SASO reprezinta o patologie complexa care implica la randul ei o crestere a incidentei comorbiditatilor. Exista astfel o crestere a numarului pacientilor in randul celor cu apnee de somn care de asemenea pot dezvolta si patologii metabolice (diabet zaharat tip II), ducand la o crestere a morbiditatii si mortalitatii cardiovasculare. Prevalenta sindromului metabolic este de aproximativ 40% la pacientii cu SASO. Puternica asociere dintre apneea de somn si HTA este bine recunoscuta (79,54%). Asocierea HTA si SASO determina o crestere a riscului de cardiopatie ischemica, insuficienta cardiaca si accidente vasculare. Fiecare episod de apnee aduce un risc de 1-4% de a dezvolta HTA. Studiile arata faptul ca pacientii cu SASO prezinta risc dublu de deces intraoperator. 24% dintre pacientii cu apnee in somn au declarat ca au adormit la volan cel putin o data pe saptamana, riscul de accidente rutiere la pacientii cu aceasta boala crescand de 2 pana la 7 ori. Existenta tuturor acestor comorbiditati implica un mai bun management al SASO cu un diagnostic si un tratament cat mai precoce.

RELAȚIA DINTRE SINDROMUL DE APNEE ÎN SOMN DE TIP OBSTRUCTIV ȘI PATOLOGIA CARDIOMETABOLICĂ

Doina Adina Todea, Andreea Codruta Coman

Disciplina Pneumoftiziologie, UMF „Iuliu Hatieganu” Cluj-Napoca

Actualmente, sindromul de apnee în somn de tip obstructiv (SASO) este definit ca o tulburare cardio-metabolică. Scopul acestui studiu a fost de a analiza predicția hipertensiunii arteriale și prezența diabetului zaharat la pacientii cu SASO.

În studiu au fost incluși 302 pacienți cărora li s-a efectuat poligrafie cardio-respiratorie pentru confirmarea diagnosticului de sindrom de apnee în somn de tip obstructiv, în cadrul Laboratorului de Somnologie Cluj-Napoca, în perioada ianuarie 2012- decembrie 2013. Au fost efectuate deasemena examinarile clinice și paraclinice ale pacienților. Criteriul de includere în studiu a fost o valoare a indicelui de apnee-hipopnee ≥ 15 evenimente/ora de somn. 195 pacienți (64.56%) dintre pacienți au avut SASO forma severă (≥ 30 evenimente/h); 189 pacienți (62.57%) pacienți aveau hipertensiune 135 (44.70%) diabet zaharat.

Analiza univariată pentru datele categoriale s-a dovedit a avea semnificație statistică pentru: cardiopatie ischemică ($p < 0.01$); sforăit ($p = 0.03$); somn agitat ($p = 0.02$). Analiza statistica a caracteristicilor de operare a receptorului (ROC) a avut semnificație statistică pentru: vârstă ($p < 0.01$, AUC=0.69), circumferința gâtului ($p < 0.01$, AUC=0.67), circumferința abdominală ($p < 0.01$, AUC=0.70), IMC ($p < 0.01$, AUC=0.70), glicemie ($p = 0.03$, AUC=0.59), saturația medie a O₂ ($p < 0.01$, AUC=0.70), indicele de desaturare al oxigenului ($p < 0.01$, AUC=0.63) și ESS ($p = 0.03$, AUC=0.5). Analiza multivariata pe model logistic reține doar vârsta, indicele de masă corporală și circumferința gâtului.

Există o asociere semnificativă statistic între diabetul zaharat și severitatea SASO ($p=0.037$). Diabetul zaharat de tip 2 este frecvent la pacienții cu SASO forma moderată și severă. Referitor la hipertensiunea arterială, o creștere a IMC cu $1\text{kg}/\text{m}^2$ presupune creșterea riscului de HTA cu 2.6%; o creștere a circumferinței gâtului cu 1cm crește riscul de HTA cu 0.8%

TANDEM: INROLAREA PACIENȚILOR CU TUBERCULOZĂ PULMONARĂ- DATE PRELIMINARE

Ramona TEODORESCU², Marius Sorin CIONTEA¹, Marian OLARU¹, Mihai OLTEANU², Cristian NEGREA¹, Mimi NIȚU², Dorina VĂTRAI¹, Ileana BĂZĂVAN², Maria POPESCU³, Corneliu MIU², Anca-Lelia RIZA^{4,5}, Mihai IOANA^{4}, Reinout van CREVEL^{5*}*

1. Spitalul de Pneumoftiziologie "Tudor Vladimirescu", Runcu, jud. Gorj, Romania
 2. Spitalul Clinic de Boli Infecțioase si Pneumoftiziologie "Victor Babeș", Craiova, jud Dolj, Romania
 3. Spitalului Județean de Urgență din Târgu Jiu, Târgu Jiu, jud Gorj, Romania
 4. Laboratorul de Genomică Umană, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, Craiova, jud. Dolj, Romania
 6. Departamentul de Medicină Internă, Radboud University Medical Center, Nijmegen, Olanda
- * coordonatori.

Proiectul TANDEM este implementat de către un consorțiu internațional format din 12 parteneri ce reprezintă universități de prestigiu de pe 4 continente. TANDEM răspunde unor întrebări științifice de actualitate ce țin de elucidarea căilor biologice comune tuberculozei (TB) și diabetului zaharat (DZ).

România are printre cele mai înalte rate de incidență a tuberculozei (TB) din Europa, și aproape jumătate din totalul de decese înregistrat în Europa Centrală.

Studiul TANDEM (www.tandem-fp7.eu) își propune să înroleze și să urmărească pe termen lung pacienți care încep tratamentul pentru TB. Pentru partenerul român, ținta de 600 de subiecți cu TB pulmonară în cele două centre: Spitalul Clinic de Boli Infecțioase si Pneumoftiziologie "Victor Babeș", Craiova activ din iunie 2014 si Spitalul de Pneumoftiziologie "Tudor Vladimirescu", Runcu activ din aprilie 2014.

De la startul studiului, aproximativ 600 de pacienți au început tratamentul anti-tuberculos pentru TB pulmonară și extra-pulmonară în cele două centre. În continuare în desfășurare, în TANDEM sunt înrolați până în prezent 314 pacienți suspecionați de TB pulmonară. Vârsta medie a celor înrolați este 42.99 ± 16.18 ani, preponderent bărbați (70%), în majoritate de etnie română (97%). Motivul cel mai des întâlnit la internare este tusea productivă de peste 3 săptămâni (88%), urmat de pierdere în greutate (67%), transpirații nocturne și durere în piept (63%). 20% dintre pacienți au antecedente de TB pulmonară cu mai mult de 1 an în urmă.

TANDEM se desfășoară în mod similar în Peru, Africa de Sud și Indonezia, beneficiind de posibilitatea de a compara diferite populații, diferite sisteme de sănătate și diferite programe de urmărire a pacienților cu TB. Cercetarea care a condus la aceste rezultate a primit finanțare de la Comisia Europeană (European Community's Seventh Framework Programme FP7/2007-2013), numărul grantului - 305279.

TANDEM: MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS – ASPECTE ALE DIAGNOSTICULUI DE LABORATOR

Adriana FLORESCU¹, Daniela PĂPURICĂ², Cornelia EDIȚOIU¹, Vasilica DUBREU², Marina CHELARU¹, Ileana VALUȚANU², Iulia CĂPITĂNESCU², Creola ENOIU³, Alina CIMPOERU⁴, Anca-Lelia RIZA^{4,5}, Mihai IOANA^{4}, Reinout van CREVEL^{5*}*

- 1.Spitalul Clinic de Boli Infecțioase si Pneumoftiziologie ”Victor Babeș”, Craiova, jud Dolj, Romania
 - 2.Spitalul de Pneumoftiziologie "Tudor Vladimirescu", Runcu, jud. Gorj, Romania
 - 3.Spitalului Județean de Urgență din Târgu Jiu, Târgu Jiu, jud Gorj, Romania
 - 4.Laboratorul de Genomică Umană, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, Craiova, jud. Dolj, Romania
 - 5.Departmentul de Medicină Internă, Radboud University Medical Center, Nijmegen, Olanda
- * coordonatori

Tuberculoza (TB) rămâne o problemă majoră de sănătate la nivel global. Studiului TANDEM: Tuberculosis and Diabetes Mellitus (www.tandem-fp7.eu) urmărește să caracterizeze cât mai corect această patologie, din punctul de vedere al gazdei și al agentului patogen.

Centrele din România unde sunt înrolați pacienți care încep tratamentul de tuberculoză pulmonară sunt Spitalul de Pneumoftiziologie "Tudor Vladimirescu", Runcu începând cu aprilie 2014 și Spitalul Clinic de Boli Infecțioase si Pneumoftiziologie ”Victor Babeș”, Craiova începând cu iunie 2014. Laboratoarele BK aferente prelucrează probele de spută conform ghidului de practică al PNCT (Programului Național de Control al Tuberculozei), publicat în 2008: colorație Ziehl Nielsen a frotiurilor, test imunocromatografic MPT 64 pentru identificarea complexului *M.tuberculosis*, cultură și antibiogramă pentru prima linie de anti-tuberculoase pe mediu solid Lowenstein-Jensen.

Rezultatele prezentate în cadrul acestei lucrări sunt rezultate preliminare ale studiului, încă în desfășurare. În prezent, TANDEM a înrolat în ambele centre 280 de pacienți care au început tratamentul anti-tuberculos, dintre care 18.% au antecedente de TB pulmonară. Frotiul este negativ pentru 37.5%, cuantificat cu bacili rari pentru 1.9%, 1+ la 25.0% dintre subiecți, 2+ la 11.0%, 3+ la 24.6%. Rezultatele culturii au fost negative la 14.7% și pozitive la 82.9%. Pentru primii 100 de subiecți TANDEM înrolați la Spitalul ”Victor Babeș” au fost efectuate 36 de antibiograme pe mediu solid și 43 de teste genetice PCR.

Investigația bacteriologică are o poziție centrală atât în diagnosticul și monitorizarea cazurilor de TB, cât și în evaluarea PNCT. Tehnici moderne ca testul genetic pentru identificarea complexului *M.tuberculosis* și a chimiosensibilitatii la isoniazidă și rifampicină (kit HAIN Geno Type ver 2.0) vor sprijini decizia terapeutică cu un răspuns prompt, iar tehnici de microscopie cu colorație fluorescentă vor crește sensibilitatea microscopiei directe. Recent disponibilă, efectuarea culturii și antibiogramei și mediu lichid în sistemul VERSATREK promite să scurteze timpul de răspuns al diagnosticul de laborator al TB.

Cercetarea care a condus la aceste rezultate a primit finanțare de la Comisia Europeană (European Community's Seventh Framework Programme FP7/2007-2013), numărul grantului - 305279.

TUBERCULOZA PULMONARĂ - INCA O PROVOCARE ?

Prezentare de caz

Dr. Elena Vlad¹, Dr. Angelica Nica¹, Sef lucrări dr. Alin Demetrian², Dr. Emil Tănasă³, Dr. Maria Gr. Popescu⁴

1. Spitalul Orașenesc de Urgență Tg. Cărbunești
2. UMF Craiova
3. Dispensarul Tb. Tg. Cărbunești
4. Dispensarul Tb. Tg. Jiu

Tuberculoza pulmonară este cea mai răspândită boală infecțioasă la nivel mondial, determinată de localizarea infecției cu bacilul Koch la nivel pulmonar. Boala îmbracă variate aspecte radiologice, iar pacienții pot prezenta simptome sau să fie asimptomatici în momentul depistării, ceea ce face ca diagnosticul de tuberculoză pulmonară să fie câteodată dificil de stabilit.

Lucrarea prezintă 3 cazuri: primul etichetat ca și tuberculoză pulmonară cavitară ce s-a dovedit a fi adenocarcinom pulmonar, al doilea etichetat inițial ca și cancer bronhopulmonar dar care a fost confirmat H-P ca și tuberculoză, iar al treilea caz suspicios între sarcoidoză și tuberculoză ce s-a dovedit a fi până la final tuberculoză pulmonară.

AFECTIUNILE EREDITARE – CAUZA DE INDIVIDUALIZARE A TRATAMENTULUI ANTITUBERCULOS

Mara Balteanu, Mihaela Tanasescu, Gabriela Iancu, Gina Ciolan, Daniel Eparu, Madalina Burecu, Beatrice Mahler, Rodica Traistaru

Institutul de Pneumoftiziologie Marius Nasta Bucuresti

Porfiriile sunt un grup heterogen de boli metabolice ereditare produse prin deficit partial al enzimelor implicate în biosinteza hemului, consecința fiind supraproducția unor compusi intermediari numiți porfirine. Se cunosc 7 tipuri de porfirii ereditare, în funcție de localizarea principală a anomaliei metabolice (ficat sau măduva hematopoetică) și enzima deficitară.

Porfirie acuta intermitenta se manifesta de cele mai multe ori la varsta adulta prin dureri abdominale acute, uneori prin crampe, printr-o slabiciune musculara si prin tulburari psihice. Numeroase medicamente, ca barbituricele, contraceptivele orale, sulfamidele si fenitoina, dar si unele dintre medicamentele antituberculoase se afla la originea acestor crize.

Prezentam cazul unei paciente in varsta de 25 ani, diagnosticata cu tuberculoza pulmonara LSB caz nou - BK pozitiv in microscopie, care la 30 de zile de la instituirea tratamentului antituberculos cu regimul unu HRZE dezvoltă intoleranță digestivă și tetrapareză. Pacienta este diagnosticată cu porfirie acută intermitentă, impunându-se individualizarea

tratamentului antituberculos în conformitate cu lista de medicamente permise în porfiria acută intermitentă. Pe parcursul internării pacienta dezvoltă insuficiența renală cronică- probabil în contextual administrării aminoglicozidului în schema zilnică necesitând întreruperea TSS, anemie (H_g=7.55g/dl, Hct=25.05%), hiponatremie severă (Na până la 120mmol/l). La 30 de zile de la instituirea regimului individualizat, în urma consultului hematologic se decide administrarea de Hematina 3mk/kgc, timp de 4 zile cu normalizarea ac. Deltaaminolevulinic și porfobilinogen, dar cu persistent durerilor epigastrice (care au necesitat administrarea de morfina) și tranzitului interstinal lent. Datorită afecțiunii ihematologice se reconsidera schema de tratament individualizat, cu EMB 400mg-2cp/zi- ajustat în funcție de clearance-ul la creatinina, Moxiflocina 400mg-1cp/zi, Claritromicina 500mg-1cp/zi, (RMP fiind interzisă, HIN și PZM nefiind testate). La 4 luni de la instituirea primei scheme de tratament individualizat pacienta avea evoluție clinică- radiologică favorabilă, cu rezoluția parțială a leziunilor infiltrative pulmonare și bacteriologică (BK negativ în microscopie și cultură).

Concluzie: tuberculoza poate declanșa o criză a porfiriei acute intermitente ce impune nu numai la individualizarea tratamentului antituberculos în conformitate cu lista de medicamente permise în porfiria acută intermitentă, dar și asocierea acestui tratament cu tratamentul etiologic și simptomatic (antialgic opioid, transfuzii masă eritocitară și plasmă, stimularea tranzitului interstinal) al porfiriei și cu un program de reabilitare pulmonară.

TUBERCULOZA EXTRARESPIRATORIE LA NIVELUL POLICLINICII PNF CRAIOVA ÎN PERIOADA 2005-2012

V. I. Grecu¹, Mimi Nitu², M. Olteanu², A. V. Maceseanu¹, Cristina Calarasu¹

¹ *Spitalul de Boli Infecțioase Si Pneumoftiziologie "Victor Babeș" Craiova*

² *Universitatea de Medicină Si Farmacie Craiova*

Introducere. Tuberculoza este o problemă de sănătate publică deoarece afectează o mare parte din populație. Tuberculoza extrarespiratorie include toate localizările tuberculozei care nu implică plămânul.

Scop. Analiza cazurilor de tuberculoză extrarespiratorie la nivelul Policlinicii PNF Craiova în perioada 2005-2012.

Material și metodă. Analiza epidemiologică retrospectivă a unui număr de 1120 de cazuri cu tuberculoză extrarespiratorie la nivelul Policlinicii PNF Craiova cuprinsă în perioada 1 ianuarie 2005-31 decembrie 2012. Aceste date sunt conforme cu cele înregistrate în registrul de tuberculoză.

Rezultate. 59,95% dintre pacienți au fost bărbați, restul de 42,05% au fost femei. Majoritatea cazurilor au fost înregistrate în mediul urban (60,18%). Cele mai afectate grupe de vârstă au fost cele cuprinse între 51-60 ani și 21-30 ani. 1007 cazuri(89,91%) au fost înregistrate ca și cazuri noi de tuberculoză. Au fost evaluați 74,82% dintre pacienți ca fiind tratamente complete. Cele mai frecvente localizări au fost cea pleurală și ganglionară periferică. 12,77% dintre cazuri au fost confirmate histopatologic și 5,45% au avut confirmare bacteriologică. Confirmarea bacteriologică a avut un procent mai mare la bărbați decât la femei, în timp ce confirmarea histopatologică a avut un procent mai ridicat la femei. 1,96% dintre cazuri au fost HIV+.

Concluzii. Pentru un management corect al cazurilor de tuberculoză extrarespiratorie este foarte importantă colaborarea dintre medicul "specialist de organ" și medicul pneumolog. Diagnosticul

unor localizări extrarespiratorii ale tuberculozei rămâne dificil datorită lipsei unor tehnici de laborator greu accesibile.

Cuvinte cheie. epidemiologie, tuberculoză extrarespiratorie, confirmare histopatologică, Craiova.

MONITORIZAREA ASTMULUI BRONNIC SI A BPCO IN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

Viorela Enachescu, S.P.Bezna, Ligia Florea, Adriana Dogaru, C. Kamal
Disciplina de Medicina familiei, Facultatea de medicina, UMF Craiova

Bolile pulmonare cronice ocupa un loc central in practica clinica a medicului de familie, avand in vedere implicarea acestuia in evaluarea initiala a celor doua grupuri de afectiuni, crearea premiselor diagnosticului de specialitate, iar odata afectiunile diagnosticate, posibilitatile de optimizare a stilului de viata si, mai ales, monitorizarea activa.

Evaluarea initiala avand ca obiective: stratificarea nivelului de severitate, identificarea si ierarhizarea co-morbiditatilor, intocmirea unui plan de management al pacientului nou confirmat si initierea terapiei, se face prin anamneza, in care evaluarea istoricului obiceiului de a fuma detine un loc central, alaturi de principalele antecedente heredo-colaterale si personale, factorii declansatori si examenul clinic complet pentru evidentierea semnelor de afectare a organelor tinta si a comorbiditatilor. La momentul preluarii in evidenta, medicul de familie inregistreaza, dupa toate aceste elemente, valorile initiale ale hemoleucogramei complete, spirometriei si rezultatul radiografiei pulmonare, dupa cum si elementele clinice de baza furnizate de consulturile in ambulatoriul de pneumologie / medicina interna / pediatrie si, dupa caz, alergologie.

Optimizarea stilului de viata a pacientului, in care medicul de familie se implica activ, vizeaza educatia pacientului pentru optimizarea dietei, scaderea in greutate, renuntarea la fumat, reducerea consumului de alcool, exercitiul fizic, precum si vaccinarea antigripala in sezoanele de varf de morbiditate.

Sunt prezentate particularitatile monitorizarii active a pacientilor in mai multe cabinete de medicina de familie, posibilitatile practice de implicare a medicului de familie, in cadrul contractului cadru, prin dotarea de specialitate a cabinetului, posibilitatile de colaborare cu ceilalti specialisti, in cadrul consulturilor de specialitate, limitarile modificarilor terapeutice in cazul controlului inadecvat al bolii, dar si posibilitatile de control ale comorbiditatilor cu care aceasta se intrica. Este monitorizat nivelul de control al afectiunilor prin notificarea ritmicitatii simptomelor diurne sau nocturne, limitarea activitatii, nevoia medicatiei de salvare si frecventa exacerbarilor precum si aderenta la tratament.

Monitorizarea activa a celor doua grupuri de afectiuni se face semenstrial, avand ca principale obiective: reevaluarea nivelului de severitate/control al bolii, identificarea eventualelor cauze de control inadecvat, evaluarea compliantei la tratament si ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor, educatia pacientului privind evolutia bolii, intelegerea rolului diferitelor clase de medicamente si a utilizarii lor, intelegerea de catre pacient a rolului sau in managementul de lunga durata al bolii si, in special, tehnicile de continuat pentru renuntarea la fumat.

METAANALIZA – COMPARATIA EFICACITATII CORTICOSTEROIZILOR INHALATORI IN BPOC

*C.T. Streba, Mimi Nițu, M. Olteanu, Diana Tudorașcu, Cristina Mărgineanu, Daniela Ciobanu,
D. Pîrvu, Fl. Petrescu*

Introducere

Bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC) este caracterizată în principal de inflamația căilor aeriene superioare. Ghidurile terapeutice actuale recomandă folosirea glucocorticosteroidilor inhalatori (GI) doar în cazul unor pacienți atent selecționați, obligatoriu în stadii avansate de boală, evitându-se tratamentul de lungă durată. Scopul studiului nostru a fost de a analiza statistic într-o manieră sistematică rezultatele principalelor studii din literatura recentă referitoare la efectele anti-inflamatoare ale terapiei cu GI în BPOC.

Metodologie

Am efectuat independent interogări ale principalelor baze de date cu literatura de specialitate: Medline (1949-2014), Embase (1980-2014), Cinahl (1982-2014), ScienceDirect (1983-2014) folosind combinații de termeni: “corticosteroid” /”glucocorticoids” /”corticosteroids” +”inhalatory” +”COPD” +/-“pulmonary disease”, completând apoi cu bibliografia relevantă din studiile selectate. Am urmărit numărul de exacerbări, gravitatea acestora și valorile probelor funcționale ventilatorii. Am considerat semnificativ $p < 0,05$ prin metoda Bucher pentru log odds ratio (OR) și intervalele de încredere 95% (95%CI). Am folosit aplicațiile Review Manager (Cochrane Collaboration, USA) și Prism Graphpad (Graphpad, USA) pentru analiza statistică a rezultatelor.

Rezultate

În urma căutării inițiale au rezultat 1641 studii care au fost re-evaluate printr-o nouă căutare specifică, selectându-se astfel 144 studii. În urma revizuirii rezumatelor am selectat 17 studii cu criterii de includere omogene și metodologie validă. Am observat diferențe semnificative între GI în ceea ce privește numărul de exacerbări anuale (OR 0,61 95%CI 0,26-0,88) și gravitatea acestora, cuantificată prin necesitatea internării (OR 0,48 95%CI 0,21-0,77). Diferențe semnificative au fost înregistrate și în ceea ce privește valorile parametrilor probelor funcționale respiratorii ($p < 0,01$). Totuși, toți GI s-au corelat cu scăderea semnificativă a numărului și gravității exacerbărilor ($p < 0,05$), fără a îmbunătăți însă semnificativ valorile parametrilor respiratori ($p = 0,12$).

Concluzii

Corticoterapia inhalatorie rămâne utilă în tratamentul BPOC, diversele formule disponibile scăzând numărul exacerbărilor la pacienții în stadii avansate de boală. Numărul limitat de studii cu aceeași metodologie rămâne însă un factor limitant în interpretarea acestor rezultate.

CAPACITATEA DE EFORT LA PACIENTII PARKINSONIENI CU DISFUNCȚIE RESPIRATORIE – EVALUARE SI REABILITARE

Rodica Traistaru (1), Mara Bălțeanu (2), Otilia Rogoveanu (1), Diana Kamal (1)

- (1) Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova
- (2) Universitatea Titu Maiorescu, București

Introducere.

Boala Parkinson este una dintre bolile neurologice degenerative care are un impact semnificativ asupra funcției motorii. Totodată, pacienții cu boală Parkinson prezintă un risc crescut pentru disfuncție ventilatorie și perturbarea capacității de efort. Scopul prezentului studiu a fost evaluarea completă a pacientului cu boală Parkinson și aprecierea efectului programului de reabilitare asupra funcției respiratorii și calității vieții.

Pacienți și metode.

18 pacienți cu boală Parkinson și disfuncție respiratorie, în conformitate cu clasificarea Hoehn și Yahr, au fost incluși în studiu, fiind grupați în două loturi, de câte 9 pacienți – lotul 1, care a primit doar medicația indicată de medicul neurolog și lotul 2, la care a fost derulat și un program de reabilitare (măsurile educaționale, exerciții de respirație, antrenament aerob, tehnici de relaxare). Fiecare pacient a fost evaluat complet, clinic și funcțional, la momentul T1 și după 10 săptămâni (T2). Parametri monitorizați au fost: CPT, indicii de permeabilitate bronșică, 6 MWD, scalele Garden City și Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ).

Rezultate.

Pacienții au fost incluși în stadiile 2 și 3 de boală, conform disfuncției locomotorii. 13 pacienți cu prezentat o disfuncție ventilatorie de tip restrictiv iar ceilalți de tip mixt. Nu am obținut o corelație semnificativă între parametrii funcției respiratorii și restul parametrilor monitorizați. La lotul 2, valorile medii ale 6MWD și scorurile scalelor s-au îmbunătățit semnificativ în momentul T2.

Concluzii.

Aprecierea completă a statusului clinic-funcțional la pacientul cu boală Parkinson este esențială pentru alcătuirea unui program complex de asistență medicală. Reabilitarea respiratorie este obligatorie la această categorie de pacienți, pentru refacerea și menținerea capacității de efort și a unei calități optime a vieții.

LUNG INFORMATION NEEDS QUESTIONNAIRE – LINQ ȘI COMUNICAREA MEDIC - PACIENT LA PACIENȚII CU BPOC INCLUȘI ÎN PROGRAMUL DE REABILITARE PULMONARĂ

*Damaris Lidia Varuti¹, Paraschiva Postolache³ Roxana Popescu², Sorin Dinescu²,
Mihai Olteanu², Mimi Nițu²*

¹Spitalul Clinic “Victor Babeș”, Craiova

²Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova

³Universitatea de Medicină și Farmacie ”Grigore T. Popa”, Iași

Introducere

BPOC-ul este o afecțiune amenințătoare de viață, care pe măsură ce se agravează se manifestă prin intensificarea simptomatologiei, însoțită de declinul mental și fizic. Reabilitarea pulmonară (RP), o modalitate complexă de abordare a pacienților cu BPOC, constă în educație și antrenament fizic cu scopul de a reduce simptomatologia, numărul și gravitatea exacerbărilor, de a crește toleranța la efort și de a îmbunătăți calitatea vieții și independența pacientului. Educația este esențială în managementul BPOC și *“Chestionarul de nevoi informaționale pulmonare”*

“The Lung information Needs Questionnaire - LINQ” reprezintă o nouă metodă de evaluare din perspectiva pacientului, măsurând nevoia acestuia de informații cu privire la boala sa pulmonară. Informațiile pe care pacienții le primesc sunt esențiale în automanagementul BPOC și chestionarul LINQ, validat și în limba română, ajută profesioniștii din domeniul sănătății să managerieze mai bine pacienții cu BPOC și alte boli pulmonare cronice cu excepția astmului bronșic. Chestionarul LINQ este utilizat în practica clinică de rutină pentru a măsura nevoile individuale de informare ale pacientului asupra bolii pulmonare cronice dar și pentru a evalua impactul inițiativelor educaționale, inclusiv a RP.

Material și metodă

71 de pacienți cu BPOC stadiile A-D GOLD, internați în Spitalului Clinic ”Victor Babeș” din Craiova în perioada 2010 – 2011, au fost evaluați la includerea și la finalul programului de RP, care a constat din 16 ședințe de exerciții fizice și 16 ședințe de educație timp de 8 săptămâni, din punctul de vedere al nevoii de informații privind afecțiunea pulmonară. Programul de RP a fiecărui pacient a debutat cu evaluarea sa amănunțită conform unui protocol anterior stabilit, ce a inclus testele de evaluare funcțională, chestionarele pentru evaluarea impactului clinic asupra bolii, inclusiv chestionarul LINQ, și managementul afecțiunii, parametri care au fost evaluați și la finele programului de RP., care a prevăzut și ședințele de educație cu scopul conștientizării bolii de către pacient.

Rezultate și concluzii

Îmbunătățirea comunicării medic-pacient postreabilitare s-a observat prin diminuarea scorului total al chestionarului LINQ. Numărul pacienților cu nevoi crescute de informare a fost de aproximativ 2 ori mai mare la evaluarea inițială a cunoștințelor despre boală și a comunicării medic-pacient, sexul feminin fiind mai receptiv la programul de RP. Postreabilitare pulmonară la supraponderali remarcându-se cea mai importantă îmbunătățire a comunicării medic-pacient prin scăderea scorului LINQ cu 60.28 %.

Cuvinte cheie: BPOC, informație, educație, comunicare, reabilitare pulmonară

IMPACTUL PULMONAR AL BOLILOR GASTROINTESTINALE

Mimi Nitu¹, Mihai Olteanu¹, Cristina Calarasu², Madalina Olteanu¹, Loredana Golli¹, Costin Streba¹, Ileana Bazavan¹

1- UMF Craiova, 2- Spitalul Clinic “Victor Babeș” Craiova

Sistemul respirator și cel gastrointestinal au în comun câteva similarități funcționale. Dacă în principal ele rămân distincte structural și funcțional pentru a păstra homeostazia organismului, modificările fiziopatologice aparute în cadrul unui sistem par a fi resimțite și de celălalt. Afecțiunea pulmonară în bolile gastrointestinale pare a se datora faptului că atât epitelul respirator cât și cel al colonului au origine embrionară comună, ambele epitelii prezintă glande submucoase și celule calciforme și atât tractul respirator cât și cel gastrointestinal conțin țesut limfoid în submucoasă cu rol în imunitate. Această similaritate a sistemului imun duce la modificări fiziopatologice similare. Afecțiunea pulmonară este de multe ori asimptomatică și poate fi detectată doar prin explorări funcționale și/sau imagistice. Prin lavajul bronholaveolar se poate depista precoce o alveolită pulmonară cu preponderență limfocitară, iar prin urmărirea imagistică se pot depista precoce bronșiectaziile ce apar post-rezecții intestinale. Bolile

respiratorii frecvente la pacientii cu boli inflamatorii intestinale pot fi impartite in a)-“afectiuni ale cailor aeriene” precum stenoza traheobronșica, bronșiectaziile, supuratiile cronice pulmonare, BPOC, astmul și bronșiolita și b)- “afectiuni ale parenchimului” precum boli interstițiale pulmonare, fibroza interstițială localizată, noduli necrotici și pneumonia eozinofilică. Inflamația de la nivelul cailor aeriene uneori nu poate fi depistată prin probe funcționale și doar prin teste de hiperreactivitate însoțite de un nivel crescut al IgE la pacientii cu boli inflamatorii intestinale dar fără atopie.

În concluzie asocierea și interconditionarea bolilor inflamatorii intestinale cu cele respiratorii este încă puțin studiată și este o provocare pentru viitor.

Cuvinte cheie: afectiuni gastrointestinale, sistem imun, epiteliu respirator

REABILITAREA PACIENTULUI CU DISFUNCȚIE VENTILATORIE DIN PERSPECTIVA CLASIFICĂRII ICF

Rodica Trăistaru, A. Bighea, Roxana Popescu
UMF Craiova

La nivel mondial, disfuncția ventilatorie reprezintă o problemă majoră de sănătate, cu consecințe economice și o perturbare semnificativă a calității vieții pacientului.

Asistența medicală este complexă, fiind derulată cu scopul obținerii unui status clinico-funcțional optim, care să-i permită derularea unei vieți corespunzătoare, într-o comunitate umană care să-l accepte și să-l ajute. Reabilitarea medicală este parte integrantă a asistenței medicale a tuturor bolilor pulmonare cronice; nu este doar un program de exerciții sau program educațional, ci include evaluarea, medicația, antrenamentul fizic, suportul metabolic și psihologic. Aceste aspecte sunt derulate de o echipă medicală multidisciplinară, condusă de medici, caracterizată prin colaborare și atitudine unitară, pacientul fiind membru al echipei. Datorită diversității infirmităților, dizabilităților (deficitului în activitate) și dezavantajelor sociale ale pacienților respiratori, reabilitarea pulmonară necesită nu numai medici, dar și alți specialiști în domeniul medical, cât și în științe sociale și comportamentale. Eforturile tuturor constau în îmbunătățirea calității vieții și a capacității funcționale a pacienților. În asigurarea asistenței medicale pe termen lung la pacientul cu disfuncție respiratorie este esențială cooperarea medicilor de familie, pneumologi și de recuperare medicală, aceștia fiind în măsură să pună în practică conceptele și modalitățile efective ale programului de reabilitare pulmonară. Pentru pneumolog, programele de reabilitare conduc la controlul simptomatologiei, optimizarea capacității funcționale, îmbunătățirea calității vieții la pacienții cu boli pulmonare cronice. Pentru medicul de reabilitare și terapeutul fizical, programul cuprinde modul tehnic / fizic de administrarea a medicației și modalitățile specifice specialității. Medicul de familie este cel care menține permanent legătura cu pacientul, monitorizându-i starea clinico-funcțională.

Succesul programului necesită ca atât pacientul, cât și membrii echipei medicale să înțeleagă și să aplice “filozofia” reabilitării pulmonare.

Astăzi, efectele fiziologice și biologice ale reabilitării pulmonare sunt bine documentate. Decon condiționarea fizică, modul ineficient de respirație și anormalitățile schimburilor gazoase cresc ventilația pulmonară în timpul efortului fizic, inducând creșterea activității musculare. Reabilitarea pulmonară îmbunătățește unele componente ale indexului BODE (indicele de masă musculară, scăderea FEV1, dispneea, 6MWD). Reabilitarea respiratorie trebuie să fie accesibilă tuturor pacienților care, în pofida unui tratament farmacologic optimal, rămân cu o limitare a activităților fizice.

DRENAJUL PERICARDIC PERCUTAN SUBXIFOIDIAN ÎN PERICARDITELE ACUTE SI CRONICE

Alin Demetrian, Monica Popescu, Roxana Mustafa, Teodora Schwarz, Camelia Demetrian, Corina Dovan, Serenada Bălă.

Rezumat:

Introducere: Pericarditele acute și cronice sunt frecvent întâlnite în practica medicală curentă și evacuarea colecției lichidiene pericardice reprezintă de cele mai multe ori o urgență chirurgicală. Drenaajul pericardic percutan subxifoidian este o metodă rapidă, ieftină și relativ sigură pentru rezolvarea cazurilor de pericardită.

Obiective: Descrierea tehnicii drenajului pericardic percutan subxifoidian utilizat într-un serviciu de chirurgie toracică cu un volum important de intervenții chirurgicale oncologice.

Metodă: Au fost analizate retrospectiv un număr de peste 30 cazuri de pericardită acută sau cronică operate în perioada 01.01.2010 – 31.12.2014 (5 ani) în ceea ce privește distribuția în funcție de sex, grupe de vârstă, tipul ghidajului, complicații, mortalitate.

Rezultate: Au fost operate cazuri complicate, de cele mai multe ori la pacienți cu cancer bronhopulmonar asociind pericardita, cu complicații minime și rezultate bune.

Concluzie: Drenaajul pericardic percutan subxifoidian reprezintă o soluție eficientă, rapidă și cu costuri reduse pentru rezolvarea pericarditelor acute și cronice.

SINDROMUL HEPATO-PULMONAR

Mimi Nitu¹, Mihai Olteanu¹, Cristina Calarasu², Madalina Olteanu¹, Loredana Golli¹, Costin Streba¹, Ileana Bazavan¹

1- UMF Craiova, 2- Spitalul Clinic "Victor Babeș" Craiova

Sindromul hepato-pulmonar (HPS) reprezintă consecința unei afecțiuni hepatice avansate asupra sistemului respirator. Este definit printr-o hipoxemie severă, cu PaO₂ sub 60 mmHg, dispnee, cianoză, hipocratism digital, ortodeoxie, platipnee și vasodilatație intrapulmonară ce determină sunturi intrapulmonare și anomalii ale raportului ventilatie/perfuzie și ale difuziunii.

HPS se găsește cel mai frecvent la pacienții cu ciroză în forme diferite de severitate. HPS este diagnosticat și la pacienții cu hipertensiune portală în absența cirozei, cum ar fi în tromboza venei porte, hiperplazie regenerativă nodulară, fibroza hepatică congenitală și sindromul Budd-Chiari și, uneori, în hepatita acută și cronică în absența hipertensiunii portale. O formă tranzitorie de HPS este raportată în hepatita acută A.

Mecanismele care stau la baza afectării schimbului gazos în HPS sunt: a) modificări în afinitatea hemoglobinei pentru oxigen b) sunturi intrapulmonare și portopulmonare c) limitarea difuziei alveolo-capilare d) inegalitate ventilatie-perfuzie și e) combinații ale acestor factori. Semnul distinctiv patognomonic pentru HPS este dilatarea microvasculară în circulația arterială pulmonară. Aceste modificări pot rezulta doar din reducerea tonusului în arteriola pre-capilară sau ar putea implica mecanisme suplimentare, cum ar fi angiogeneza, remodelarea și vasculogeneza care au fost sugerate recent.

Hipertensiunea portală, hipoxemia și dilatarea vasculare pulmonare alcatuiesc triada clinică ce caracterizează tabloul clinic al HPS. Prezentarea clinică include dispnee de efort, clubbing, cianoză, angioame cu aspect de panza de paianjen și platipnee. HPS nu are relație directă cu sexul, rasa sau afecțiunea hepatică.

HPS este diagnosticat prin ecocardiografia cu contrast ce identifică anomaliile vasculare pulmonare. Scintigrafia pulmonară de perfuzie este un test mai sensibil și mai specific. Anomaliile radiografice toracice pot fi subtile sugerând boala pulmonară interstitală difuză. Scanarea computer-tomografică identifică leziuni discrete în bazele și periferia ariilor pulmonare.

HPS este o boală incurabilă, dar care poate fi ameliorată după transplantul de ficat.

Cuvinte cheie: sindrom hepatopulmonar, hipoxemie, platipnee

PUNCȚIA-BIOPSIE TRANSTORACICĂ (PBTT) CU DIVERSE METODE DE GHIDAJ – EXPERIENȚA CLINICII DE CHIRURGIE TORACICĂ DIN CRAIOVA DUPĂ PRIMELE 200 DE CAZURI

Alin Demetrian, Adrian Dobrinescu, Mădălin Ștefescu, Camelia Demetrian, Corina Dovan, Dana Albulescu, Serenada Bălă.

Introducere. Puncția – biopsie transtoracică (PBTT) este o metodă minim invazivă extrem de utilă în stabilirea diagnosticului histopatologic al formațiunilor tumorale intratoracice, evitând atunci când este posibilă din punct de vedere tehnic intervenții diagnostice mai complexe (mediastinoscopie, toracoscopie, toracotomie exploratorie). Poate fi efectuată sub ghidaj computer-tomografic, ecografic, radiosopic sau fără ghidaj. **Material și metodă.** Prezentăm experiența noastră în acest domeniu, prin analiza primelor 200 de puncții – biopsie transtoracice

realizate în Clinica de Chirurgie Toracică din Craiova într-o perioadă de 4 ani. **Rezultate.** Diverse metode de ghidaj au fost utilizate pentru localizarea tumorilor în 48% din cazuri (radioscopie, ecografie, computer tomografie) dar majoritatea intervențiilor (52%) au fost efectuate fără ghidaj, orientate doar de examinările CT torace deja efectuate, utilizând apoi repere anatomice.

Obținerea unui fragment tisular necesar examenului histopatologic a fost posibilă în 100% din cazuri cu o rată a confirmării histopatologice de 82%. Au fost întâlnite 7 complicații (pneumotorax important impunând drenaj pleural în 4 cazuri, puncționarea accidentală a ficatului în 2 cazuri și hemoptizie severă într-un caz).

Concluzii. Punctia-biopsie transtoracică este o metodă de diagnostic rapidă, minim invazivă, ieftină și sigură, contribuind la confirmarea histopatologică a tumorilor intratoracice și la inițierea neîntârziată a tratamentului.

16 Mai

REABILITAREA PULMONARĂ ÎN ROMÂNIA ȘI GRUPUL DE LUCRU DE REABILITARE RESPIRATORIE

Conf. Univ. Dr. Paraschiva POSTOLACHE, MD, PhD, FCCP

Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa"

Spitalul Clinic de Recuperare, Iași: Șef Secție Clinică Recuperare Medicală Respiratorie

Coordonator Grup de Lucru de Rehabilitare Respiratorie al Societății Române de Pneumologie

Reabilitarea Pulmonară (RP) este parte componentă a Reabilitării Medicale, specialitate medicală clinică, independentă, responsabilă de prevenirea, diagnosticarea, tratarea și managementul reabilitării persoanelor cu afecțiuni dizabilitante și comorbidități la toate vârstele, în vederea promovării capacităților și performanțelor fizice și cognitive ale acestor persoane, precum și în vederea creșterii calității vieții acestora (Ordinul nr. 361/14.03.2013 prin care se modifică și se completează "Ghidul de practică al specialității Reabilitare Medicală").

Conceptul reabilitării medicale a pătruns în România în perioada anilor 1922, iar în 1970 conducerile Direcțiilor Sanitare din Iași și Cluj au abordat această problemă la Ministerul Sănătății, care în anul 1973 a aprobat construirea Spitalelor de Recuperare în aceste orașe.

Spitalul Clinic de Recuperare din Iași, la a cărui înființare și dezvoltare și-au adus contribuția Dr. Aurel Socol, Prof. Asoc. Dr. Octavian Petrescu, Prof. Dr. Petre Balmus, Dr. Victor Bejan etc., și-a păstrat până în prezent profilul inițial, Clinica de Recuperare Cardio-Pulmonari din cadrul spitalului, înființată la inițiativa Prof. Dr. Ioan Lungu, având o pondere importantă de la începutul activității spitalului, numărul de 144 de paturi din cele 500 reducându-se semnificativ, din 2008 clinica fiind separată în cele două componente existente în prezent: Secția Clinică Recuperare Medicală Respiratorie și Secția Clinică Recuperare Medicală Cardiovasculară.

RP este recunoscută ca o componentă de bază a managementului Bronho Pneumopatiei Obstructive Cronice (BPOC) și al celorlalte boli pulmonare cronice, fiind aplicată cât mai precoce și în exacerbările acestor afecțiuni, dar și în bolile grave din terapie intensivă.

Activitatea de RP în România se desfășoară după ghidurile și standardele internaționale, centrul Iași organizând cursuri, simpozioane, conferințe naționale, unele cu participare internațională sau sub patronaj internațional, fiind centru de referință în acest domeniu, promovând RP și în celelalte centre universitare, precum București, Timișoara, Craiova, Constanța, Oradea, Târgu Jiu etc. și în unele spitale județene, unde s-au și înființat departamente de RP.

În același an 2006, când a fost publicată prima Declarație comună asupra RP a ATS și ERS, a fost înființat și Grupul de Lucru de Reabilitare Respiratorie (GLRR) al Societății Române de Pneumologie (SRP), ca urmare a necesității dezvoltării RP în România și aplicării ei după standardele internaționale, la inițiativa Conf. Univ. Dr. Paraschiva Postolache de la Spitalul Clinic de Recuperare din Iași, actualmente coordonator, și cu sprijinul conducerii SRP (Prof. Dr. Paul Stoicescu, Prof. Dr. Fl. Mihăltan), care din 2012 are secretar pe Conf. Univ. Dr. Mimi Nitu de la Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova.

GLRR are o activitate intensă și permanentă, care s-a concretizat în această perioadă prin creșterea numărului de membri din domeniile pneumologiei, explorărilor funcționale, asistenților medicali, balneo-fizio-kinetoterapiei, asistentei sociale, nutriției, psihoterapiei, ergoterapiei etc. și a numărului de centre în care s-au înființat departamente de RP (Iași, București, Timișoara, Craiova, Constanța, Târgu Jiu etc.), a numărului de cursuri, simpozioane, conferințe naționale cu participare internațională și sub patronaj internațional, monografiile și ghiduri practice etc.

Proiectul cursurilor de RP început anul acesta la Iași, în perioada 24 – 28 martie, va fi continuat în luna mai a.c (11 – 15) la Craiova, în luna iunie (11) la Brașov și în luna septembrie (2 – 3) la Constanța, implicate în organizare fiind Grupul de Lucru de Reabilitare Respiratorie al SRP și Societatea Română de Pneumologie, Fundația ”Flacăra Speranței – Flame of Hope” Iași, cărora li se vor alătura forurile științifice și administrative locale.

CORELATIA INTRE FORȚA MUSCHILOR RESPIRATORI SI ALTI PARAMETRI LA PACIENTII CU BPOC

Alina Croitoru, Daniela Jipa, Miron Bogdan

Introducere: Studiul analizează forța mușchilor respiratori la un grup de pacienți cu BPOC și posibile relații cu alți parametri funcționali și nonfuncționali.

Material și metoda: au fost evaluați pacienți cu BPOC stabil: forța mușchilor respiratori (PI max, PE max), probe funcționale respiratorii (VEMS, VR, CRF), TM6M, evaluarea dispneei (mMRC, CAT), evaluarea calității vieții (SGRQ), evaluarea depresiei și anxietății (HADS).

Rezultate: 70 pacienți: 11 femei/59 bărbați. Vârsta medie 62,2±11ani. PI max mediu= 67,5±23 cmH₂O, PE max mediu = 125,4±40 cmH₂O. Valorile PI max și PE max au fost corelate pozitiv cu: distanța parcursă la testul de mers și valorile VEMS (p<0,05), și negativ cu: dispneea și vârsta (p<0,05). Valorile PE max au fost corelate cu greutatea (p<0,05). Nu s-au găsit corelații cu valorile VR, CRF sau chestionarele CAT, SGRQ, HADS. Cele mai mici valori ale PI max au fost

la pacientii cu BPOC stadiul II (60,1 cm H₂O), iar la 41,4% din cazuri valorile au fost <60 cmH₂O.

Concluzii: in grupul nostru de pacienti cu BPOC sau evidentiat corelatii între presiunea muschilor respiratori si varsta, greutate, dispnee, VEMS si distant parcursa la TM6M. Presiunea muschilor inspiratori a fost important afectata la aproape jumătate din pacienti.

BRONȘITA CRONICĂ – COMPLICAȚIE SAU BOALĂ ASOCIATĂ SILICOZEI?

Nina Ionovici, M.G. Bunescu, Venera Cristina Dinescu, S.N. Dinescu

Disciplina Medicina Muncii și Boli Profesionale, UMF Craiova

Silicoza este o pneumoconioză colagenă provocată de particulele de SiO₂ l.c. ce se acumulează în plămâni și determină reacții tisulare ireversibile ce continuă și după încetarea expunerii la pulberi, timpul de apariție a silicozei variind între 4-28 de ani, cu o medie de 15 ani, din momentul începerii expunerii la pulberi cu conținut de SiO₂ l.c..

Material și metodă. Studiul statistic retrospectiv a cuprins un număr de 538 pacienți internați în Clinica Medicina Muncii din cadrul Spitalului Clinic de Urgență din Craiova, în perioada 2010-2014, informațiile fiind extrase din foile de observație.

Rezultate și discuții: Studiul efectuat a cuprins pacienți de ambe sexe, cu vârsta cuprinsă între 37-73 de ani și a evidențiat ponderea mare a pacienților cu vârsta cuprinsă între 51-55 de ani, 69% din totalul pacienților cuprinși în studiu. 74% din totalul pacienților au fost din mediul urban și 26% din mediul rural.

În ceea ce privește locul de muncă, 67% au fost angajați la turnătorii de fontă, 15% în întreprinderi de produse cărbunoase, cea mai afectată profesie fiind cea de turnător formator în proporție de 43,49%. Datorită activității complexe existente în aceste unități, lucrătorii au fost expuși la pulberi de SiO₂ l.c, dar și la pulberi anorganice (cărbune, cocs, alumină, etc.) și la gaze și vapori iritanți. 51% din pacienți cu silicoză au fost diagnosticați și cu TBC pulmonară, bronșita cronică, emfizemul pulmonar și insuficiență respiratorie. 42% din pacienți au recunoscut că sunt sau au fost fumători.

Concluzii: Datorită existenței în atmosfera locului de muncă atât a pulberilor de SiO₂ l.c. cât și a altor pulberi și gaze care determină iritație la nivelul aparatului respirator, se pune întrebarea: bronșita cronică este complicație sau boală asociată silicozei?

INTERFERENȚELE SOMNULUI CU IMUNITATEA

Mihaela Oros¹, Lucica Baranga², George Jugulete³, Florin Mihaltan⁴

¹Clinica de Pediatrie Medicover, Doctorand Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”, București

²Clinica de Pediatrie Medicover București

³Institutul National De Boli Infectioase “Prof.Dr. Matei Bals”, Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”, București

⁴Universitatea de Medicina si Farmacie “Carol Davila”, Institutul “Marius Nasta”, București

Implicatiile somnului in modularea raspunsului imun cat si corelatiile tulburarilor de somn cu modificarile imunologice sunt deja bine documentate in publicatiile ultimilor ani. Secretia multor mediatori imuni este influentata de ritmicitatea circadiana iar nivelul acestora in procesul inflamator se coreleaza cu stadiile de somn. La nivel molecular au fost examinate in restrictia partiala de somn activarea si inactivarea (*up-/down-regulation*) genelor ce moduleaza raspunsul imun. Una din modalitatile de a pune in evidenta aceste ipoteze a fost determinarea raspunsului postvaccinal, astfel restrictia somnului s-a corelat cu titru scazut de anticorpi dupa vaccinarea pentru hepatita A, hepatita B cat si impotriva gripei A.

In interferenta somnului cu imunitatea relatia este bidirectionala, dezechilibrul sistemului imun poate explica aparitia si acutizarea tulburarilor de somn din timpul bolilor infectioase acute (gripa, hepatita, encefalita, meningita, HIV, etc).

Este importanta constientizarea rolului somnului si a influentei negative pe care o au tulburarile de somn in veriga imunologica atat la copii, cat si la adulti.

HIPERTENSIUNEA PULMONARA ASOCIATA SINDROMULUI DE APNEE IN SOMN

D. Zaharia, T.Constantinescu, S. Dumitrache-Rujinski, Prof. M.A. Bogdan

UMF "Carol Davila" Bucuresti

Institutul National de Pneumologie "Marius Nasta" Bucuresti

Sindromul de apnee in somn (SAS) este una dintre etiologiile hipertensiunii pulmonare (HTP), in cadrul grupului 3 (HTP hipoxica) al clasificarii Nice 2013. Prevalenta HTP este de aproximativ 17 % la pacientii cu SAS moderat/sever (posibil supraevaluata datorita definirii permissive in unele studii ca PAPm > 20 mmHg).

HTP asociata SAS este in general usoara, cu valori ale PAPm sub 40 mmHg, si are un pronostic bun, in functie de eficienta tratamentului SAS prin ventilatie non-invaziva (VNI). SAS nu determina aparitia unor forme severe de HTP decat daca se asociaza altor boli care induc hipoxemie si/sau hipercapnie diurnal sustinuta (BPOC, obezitate morbida) sau insoteste o hipertensiune pulmonara preexistenta.

Mecanismele fiziopatologice prin care SAS induce aparitia sau agravarea unei hipertensiunii pulmonare sunt complexe, la baza lor aflandu-se hipoxemia intermitenta ce intretine un status inflamator responsabil de o "endotelita sistemica".

Diagnosticul HTP in SAS este asemanator celui din alte forme de HTP, dar de obicei este un diagnostic secundar, obrinit in urma unei evaluari ecocardiografice de rutina pentru evaluarea unei alte patologii cardiace suspectate: tulburari de ritm cardiac, boala cardiaca ischemica. Folosind efectul Doppler se estimeaza presiunea sistolica la nivelul arterei pulmonare. Nu se recomanda efectuarea de rutina a cateterismului cardiac drept (CCD) pentru confirmarea HTP deoarece datele suplimentare obtinutenu aduc o contributie semnificativa in managementul acestor pacienti. Nu exista un tratament specific pentru HTP din SAS. In fond, tratamentul/managementul HTP din SAS reprezinta terapia bolii de baza, in care elementul central il constituie terapia VNI cu presiune pozitiva continua a aerului (CPAP, BiPAP). Exista cateva studii clinice pe loturi mici de pacienti, care au constatat imbunatatirea parametrilor

hemodinamici pulmonari prin terapia cu CPAP. Nu exista studii clinice care sa sustina folosirea terapiei vasodilatatoare pulmonare la acesti pacienti. Aceasta terapie ar putea chiar agrava sindromul de apnee in somn (informatie rezultata in urma unor studii ce au folosit sildenafil pentru disfunctia erectila in SAS)

Concluzie: HTP in SAS este o asociere prevalenta (prin prevalenta crescuta a SAS). Este vorba despre forme usoare de HTP, cu presiuni sistolice pulmonare estimate ecografic de obicei sub 40 mmHg. Mecanismele centrale sunt hipoxemia intermitenta si inflamatiile sistemice. Terapia este reprezentata de tratamentul cu CPAP al SAS, si nu exista un alt tratament specific HTP in aceasta situatie; nu se recomanda tratamente vasodilatatoare pulmonare specifice, acestea putand avea un efect negativ (cu exceptia cazurilor particulare ce insotesc alte forme HTAP din grupul 1 Nice 2013, ce trebuie evaluate cu atentie si in care indicatia de terapie vasodilatatoare se stabileste cu precautie).

DISPOZITIVE CU PRESIUNE POZITIVA UTILIZATE IN SINDROMUL DE APNEE IN SOMN DE TIP OBSTRUCTIV

Stefan Dumitrache-Rujinski

Universitatea de MedicinasiFarmacie “Carol Davila”, Institutul de Pneumologie “Marius Nasta”
Bucuresti

Terapia cu presiune pozitiva (CPAP) reprezinta standardul de aur in tratamentul SASO moderat-sever. Din motive practice de stabilire automata a presiunii utile sau in anumite conditii speciale (SASO pozitional, SASO in somnul REM) se poate utiliza auto CPAP. Pentru un confort / toleranta mai buna se pot utiliza functiile de rampa, support sau relaxare presionala.

In situatiile in care ventilatia alveolara este insuficienta (asocierea BPOC sever, obezitate morbida), suportul presional consta in furnizarea a doua nivele de presiune (BiPAP) sau a unui volum mediu tinta rezultat in urma “jocului” intre trei nivele de presiune. Functia “auto” (variatiile in timp a presiunii efective) poate exista si la dispozitivele de tip BiPAP. Adaugarea oxigenului additional pe circuitul de ventilatie poate fi necesara in cazurile in care suportul presional nu este suficient pentru a mentine un nivel acceptabil al schimburilor gazoase.

Prezentarea va descrie pe scurt tipurile de dispozitive cu presiune pozitiva utilizate precum si situatiile in care acestea sunt indicate in terapia SASO.

MEDICINA DEFENSIVĂ - CONSECINȚA A MALPRACTICII?

Asist.Univ.Dr.Beatrice Mahler¹, Prof.Univ.Asoc.Ruxandra Ulmeanu²

¹ UMF „Carol Davila” Bucuresti, Institutul de Pneumologie Marius Nasta, Bucuresti

² UMF Oradea, Facultatea de Medicina, Institutul de Pneumologie Marius Nasta, Bucuresti

Malpraxisul in practica medicala poate aduce prejudicii atat medicului, cat si pacientului. Temerile medicilor conduc la practicarea medicinei defensive pozitive (excese de teste,

proceduri, consulturi) sau negative, prin evitarea anumitor proceduri invazive, cu risc înalt. Anxietatea medicilor poate duce la modificarea comportamentului în fața actului medical, afectând balanța prejudicii-beneficii asociate.

Majoritatea erorilor medicale includ diagnostic incorect sau tardiv și erori de tratament, de multe ori sub presiunea așteptărilor pacientului, a deficiențelor sistemelor de asigurări de sănătate sau a litigiilor consecutive. Mai afectați sunt cei ce practică medicina de urgență: spitalizări nejustificate de afecțiuni severe, excese de teste diagnostice, recomandări pentru imagistică avansată.

Estimarea creșterii costurilor reale în practicarea medicinei defensive este dificilă. Legile mai puțin ostile și creșterea primelor de asigurare ar putea duce la un număr mai mare de medici, pensionare tardivă, opțiunea tinerilor medici pentru specialități mai invazive.

Pe de altă parte, supradiagnosticarea și supratratarea duc la înmulțirea proceselor de malpraxis. Temerile medicilor sunt legate în special de modul "laic" de judecare a actului medical efectuat, consecințele financiare, standardul legal capricios fără soluții reale pentru conflictele ivite. Se impune constientizarea de către medic pe de o parte a mitului perfecțiunii asumat, dar și a propriilor nevoi și a comportamentului medical.

SINDROM INTERSTITIAL PULMONAR LA O PACIENTA CU ASTM - CAZ CLINIC

Ionela Belaconi, Teodora Schwarz, Corina Dovan, Catalin Geambasu, Claudia Toma, Mimi Nitu, Miron Bogdan

Introducere. Sarcoidoza este o boală multisitemică inflamatorie. Diagnosticul este sugerat de simptome și imagistică, dar pentru confirmarea diagnosticului mai multe teste sunt necesare. Uneori diagnosticul este dificil, mai ales când boala evoluează de o perioadă mai lungă de timp. **Material și metoda:** Pacienta în vârstă de 66 ani, nefumătoare, cu expunere profesională, diagnosticată de 2 ani cu astm (tuse seacă, wheezing, raluri sibilante pulmonare, sindrom obstructiv), pentru care primește tratament corticosteroid inhalator și bronhodilatator cu durată lungă de acțiune cu evoluție favorabilă. Inițial radiografia toracică este normală, dar la evaluările ulterioare apar progresiv opacități pulmonare bilaterale cu tendință la confluență, care progresează în dimensiuni. Clinic pacienta prezintă agravarea dispneei, tuse seacă inițial, ulterior cu perioade de expectorație purulentă și hemoptizii, ameliorate sub tratament antibiotic cu spectru larg. Biologic s.d. Inflamator moderat. Radiologic multiple opacități pulmonare micronodulare, cu tendință la confluență. Angiotensin convertază serică crescută, factor reumatoid pozitiv, IDR la 2 unități de PPD anergic. Examen spută negative pentru bacili acid alcool-rezistenți. Funcțional – sindrom obstructiv cu VEMS normal, care în decurs de 2 săptămâni evoluează spre agravare cu scăderea VEMS de la 1,25l la 0,64l. Computerul tomograf decelează geam mat bilateral. Bronhoscopia cu lavaj bronhiolo-alveolar evidențiază un număr de celule normale, cu ușoară limfocitoză (16,4%) și neutrofilie, fără celule tumorale. Biopsia pulmonară decelează nodule granulomatoase și giganto-epitelioizi non-necrotizanti care confirmă diagnosticul de sarcoidoza. Se inițiază tratamentul cu metilprednisolon 0,5 mg/kg corp cu evoluție favorabilă clinic, funcțional și imagistic.

Concluzii: Diagnosticul de sarcoidoza a fost inițial mascat de sindromul obstructiv cu răspuns favorabil la tratament. Evaluările corecte periodice și procedurile invazive care au fost necesare au dus la confirmarea diagnosticului.

Cuvinte cheie: sarcoidoza, astm, biopsie pulmonara

DIFICULTATI DE DIAGNOSTIC INTR-UN CAZ DE PARAZITOZA CU AFECTARE MULTIORGANICA

G. Ciolan, C. Marica, M. Balteanu, M. Tanasescu, M. Burecu, B. Mahler, D. Eparu, A. Nicolae, A. Stoica, A. Diaconu, A. Popescu, C. Bolca, E. Magheran,

Institutul Marius Nasta, Bucuresti

TOXOPLASMOZA: boala cauzata de infectia cu parazitul unicelular, *Toxoplasma gondii*. Deoarece evolueaza cel mai adesea asimptomatic, rata de infectare variaza intre 15%(SUA) si 75% in Europa. Protozoarul *Toxoplasma gondii* apare la om sub 2 forme: congenitala- severa prin distrugerii ale SNC, oculare si viscerale si dobindita- ganglionara, septicemica, oculara sau inaparenta.

Sursa de infectie/ gazdele: definitive- felinele (excreta prin fecale oochisti, care dupa 5 zile devin infectiosi pentru mai multe luni de zile, in solul umed sau in apa) - intermediare- mamifere si pasari (parazitii sunt inchistati in tesuturi, cel mai des in muschi si creier).

- omul bolnav (in cazul transmiterii transplacentare). Transmiterea: pe cale digestiva, contact cu excremente de pisica sau pe cale aeriana, transplacentar (daca infectia apare in cursul sarcinii), prin sange / transplant de organe.

Toxoplasmoza dobindita este latentă si are manifestari clinice benign. Formele grave apar la organisme cu imunitate scazuta si au ca manifestari clinice: infectii severe cu febra ridicata, stare generala alterata, dureri articulare, eruptii cutanate, meningoencefalita, pleuropneumonie, miocardita, hepatita, encefalita difuza, cu evolutie rapida si exitus in citeva zile (la bolnavii cu SIDA).

In lucrarea de fata, voi prezenta cazul clinic al unei paciente in varsta de 34 ani, nefumatoare, fara expunere si fara antecedente patologice. Pacienta s-a prezentat acuzand subfebrilitate, scadere ponderala (10kg) in 3 luni, inapetenta, astenie fizica importanta si dispnee la efort progresiv mai mic. Examenul clinic: pacienta subponderala, tegumente si mucoase palide, subfebrila (37.1), cu adenopatii palpabile, nedureroase supraclavicular bilaterale, axilare si inghinal, pulmonar: murmur vezicular diminuat bilateral, raluri subcrepitante 1/3 inferioara bilateral, SaO₂ 96% in a.a, ficat cu marginea inferioara la 8 cm sub rebordul costal, splina palpabila. S-au efectuat investigatii paraclinice (sanguine, radiologice/CT, functional, biopsie ganglionara) ce au stabilit diagnosticul de Limfom cu celula mare B. In urma consultului hematologic si examinarea IHC se infirma diagnosticul de Limfom ridicandu-se suspiciunea de toxoplasmoza. In acest moment pacienta se adreseaza serviciului parazitologie pentru investigatii suplimentare, fara a se putea sustine diagnosticul de boala parazitara in urma investigatiilor efectuate. In aceasta perioada starea generala a pacientei s-a agravat progresiv cu instalarea insuficientei respiratorii si a leucopeniei. A primit tratament antibiotic (Azitromicina 500mg/zi), corticoterapie (dexametazona 1f/zi) si oxigenoterapie. De asemenea a fost investigata in serviciul de boli infectioase, fara a se putea stabili diagnosticul de certitudine. S-a repetat biopsia ganglionara, de aceasta data prin mediastinoscopie si a fost stabilit diagnosticul de limfadenita

Piringer (toxoplasmoza). A continuat tratamentul recomandat anterior si s-a practicat splenectomie, cu evolutie clinica discret favorabila.

Cuvinte cheie: toxoplasmoza, adenopatii, febra.

TUBERCULOZA PEDIATRICĂ ȘI REZISTENȚA LA TUBERCULOSTATICE ÎN CONTEXTUL VÂRSTEI

Dinescu Venera, Ionovici Nina*, Bunescu M.G. *, Dinescu S.N. ***

*Disciplina Medicina Muncii. Boli Profesionale, UMF din Craiova

**Disciplina Epidemiologie. A.P.S.S., UMF din Craiova

Obiectiv. Studiul și-a propus identificarea populației pediatrice cu tuberculoză rezistentă la tuberculostatice în contextul vârstei de apariție.

Material și metodă. În scopul realizării studiului a fost inclus un număr de 43 de cazuri diagnosticate cu tuberculoză la nivel național în perioada 2010-2012 cu vârsta de 0-17 ani,. Baza de date a fost prelucrată cu ajutorul programului Excel.

Rezultate și discuții. Vârsta medie a cazurilor la care au fost izolate tulpini rezistente de *bK* a fost cu aproape 5 ani mai mare comparativ cu cea a cazurilor la care au fost implicate tulpini sensibile la tuberculostatice sau la cele la care nu s-a putut stabili dacă prezintă sau nu o formă de rezistență. Astfel la cazurile la care au fost implicate tulpini de *bK* rezistente vârsta medie a fost de $15,12 \pm 2,59$ de ani, iar la cele cu tulpini *bK* sensibile de $10,31 \pm 5,82$ ani, diferența fiind înalt semnificativ statistic ($p < 0,001$). Cele mai multe cazuri au fost identificate la copiii cu vârsta peste 14 ani. La această grupă de vârstă s-au identificat 31 de cazuri cu *bK* rezistent la unul sau mai multe antituberculoase. Acestea au reprezentat aproape trei sferturi din numărul total de tulpini de *bK* rezistente (72,09%). Incidența tulpinilor de *bK* rezistente a fost de aproape 1,8 ori mai mare la copiii cu vârste peste 14 ani comparativ cu cei din grupa de vârstă 10-14 ani la care incidența a fost de 1,11 cazuri/1000 și de 7 ori mai mare decât la cei cu vârsta de 5-9 ani la care valoarea incidenței a fost de 0,26 cazuri/1000.

Concluzii. Aceste diferente care apar pe categoriile de vârstă sunt probabil datorate numărului mai mare de cazuri de tuberculoză la vârsta adolescenței, dar pot fi determinate de dificultatea izolării bacilului la copiii mici și de bacilaritatea specifică acestor vârste.

VERDICT: CANCER PULMONAR – IMPACTUL PSIHOLOGIC ASUPRA PACIENTULUI

Antonela Dragomir, Ruxandra Râjnoveanu, Ruxandra Ulmeanu

Cancerul pulmonar ocupă locul 1 ca mortalitate (American Cancer Society, Institut Oncologic București), înaintea cancerelor de sân și de prostată. Lucrarea noastră își propune să arate că aflarea diagnosticului de cancer poate fi, pentru unii pacienți, similară cu condamnarea la moarte, ceea ce conduce la modificări comportamentale ale acestora. Astfel, ideile suicidare în rândul pacienților cu această afecțiune depășesc mult pe cele din populația generală. Prin urmare avem întrebarea: ce ne rămâne de făcut?

EVALUAREA PACIENTULUI CANDIDAT LA REABILITARE PULMONARA: EXISTA LIMITE?

Roxana Maria NEMES¹, Paraschiva POSTOLACHE², Mimi Floarea NITU³

1. Institutul de Pneumologie « Marius Nasta », Bucuresti
2. Spitalul Clinic de reabilitare, Iasi
3. Spitalul de Pneumologie, UMF Craiova

Creșterea interesului față de reabilitarea pulmonară este legată de studiile ce demonstrează sustinut beneficiile acesteia, creșterea numărului de pacienți cu afecțiuni pulmonare cronice și îmbunătățirea accesului pacientului la înrolarea în aceste programe.

Evaluarea unui pacient candidat la programul de reabilitare pulmonară parcurge domenii legate de: simptome (scale de dispnee), funcție pulmonară, calitatea vieții, evaluarea psihologică etc. În condițiile abordării fiecărui pacient ca o individualitate privind programul de reabilitare, limitele includerii în programe de reabilitare respiratorii nu sunt dictate de funcția ventilatorie, dar există anumite contraindicații în afecțiuni severe precum: afectare cardiacă severă necontrolată, afecțiuni psihice necontrolate, precum și alte situații particulare ce vor fi abordate.

Atât timp cât un pacient inconștient aflat în terapie intensivă poate beneficia de anumite metode ca parte componentă a programului de reabilitare precum: pedalatul pasiv, mobilizarea articulațiilor, electrostimularea neuromusculară, evaluarea raportului risc – beneficiu aduce câștig de cauza beneficiului programului de reabilitare chiar și în cazuri speciale.

ABORDUL TORACOSCOPIC UNIORTAL AL PLEUREZIILOR

Prof. Dr. Nicolae Galie, Șef de lucrări Dr. Cornel Savu, Dr. Cornel Petreanu, Dr. Vasile Grigorie, Dr. Boris Coman

Rezumat: In epoca emergenta a interventiilor chirurgicale minim invazive, toracosopia tinde sa isi extinda paleta de patologii abordabila si sa minimalizeze riscurile asociate unor interventii chirurgicale, precum si durata recuperarii post-interventie. Lucrarea de fata prezinta avantajele si limitarile acestei tehnici, pe langa metodologia utilizata in explorarea si diagnosticul toracoscopic al pleureziilor, precum si exemplificarea acestora.

EXPLORAREA BIOPSICA A MEDIASTINULUI

Prof. Dr. N. Galie, Sef de lucrari Dr. C. Savu, Dr. C. Petreanu, Dr. V. Grigorie, Dr. Emilia Tabacu, Dr. Emilia Crisan

Rezumat: Data fiind bogata paleta de patologii mediastinale tumorale si infiltrative, s-au dezvoltat numeroase metode de diagnostic, evaluare si stadializare ale acestor patologii. Ne propunem sa prezentam pe scurt patologia mediastinala si metodele utilizate in cadrul clinicii noastre pentru diagnosticul sau stadializarea acestora, precum mediastinosopia cervicala anterioara suprasternala, toracosopia, minitoracotomia si toracotomia, expunand si patologia intalnita cu ratele aferente interventiilor si rezultatelor examenilor histopatologice ale acestora.

DIAGNOSTIC IMAGISTIC VERSUS DIAGNOSTIC INTRAOPERATOR LIPOM PARIETAL.

(PREZENTARE DE CAZ)

Prof. Dr. Nicolae Galie, Sef de lucrari Dr. Cornel Savu, Dr. Bebliuc Alexandru, Dr. Irimia Ioana, Dr. Beleuzu Vlad

Rezumat: In aprecierea diagnosticului preoperator, examenul imagistic CT toracic tinde sa fie o investigatie preoperatorie standard in chirurgia toracica. Datele obtinute in cadrul evaluarii imagistice preoperatorii prin tomografie computerizata, privind diagnosticul si riscul interventiei chirurgicale nu sunt intotdeauna confirmate prin evaluare intraoperatorie a cazului. Cazul pe care il prezentam vine sa confirme aceste rare posibilitati de neconcordanza intraoperatorie/aspect CT imagistic. Prezentam cazul unui pacient diagnosticat cu o tumora benigna intratoracica (lipom) confirmat prin aspectul CT toracic preoperator la care evaluarea intraoperatorie a evidentiat un lipom parietal anterolateral drept cu protruzie intratoracica prin impingerea spatiului intercostal III-IV, necesitand inasa minitoracotomie pentru siguranta confirmarii diagnostice.