Pneumologie

MEDICAL MARKET 2013

Somnologia și importanța ei 6

Infecții cu virus sincițial respirator 16

Metode moderne de diagnostic în specialitatea de pneumologie 26

Publicație adresată cadrelor medicale

Salin

Unique in preventing and treatment of respiratory affections

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

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

4 Managementul bolilor pulmonare limite și realizări

6 Somnologia și importanța ei

8 Alegerea inhalatorului potrivit

10 Pneumonia atipică primară, cu Mycoplasm

16 Infecții cu virus sincițial respirator - diagnostic și examene de laborator

20 Elemente de diagnostic diferențial în tusea cronică

26 Metode moderne de diagnostic în specialitatea de Pneumologie a Spitalului Monza din București

29 Ești rezidentul în Pneumologie din România?

30 Dinamismul unei asociații profesionale – educație medicală continuă – educație pentru publicul larg

32 Diagnosticul și tratamentul în bronșita acută

EDITOR FIN WATCH
Aleea Negru Vodă nr.6, bl. C3, sc. 3, parter, 030775, sector 3, București
Tel: 021.321.61.23
Fax: 021.321.61.30
redactie@finwatch.ro
P.O. Box 4-124, 030775
ISSN 2286 - 3303

Managementul bolilor pulmonare **limite și realizări**

În mandatul dvs. de președinte al Societății Române de Pneumologie, numărul evenimentelor dedicate a crescut exponențial. Ce rezultate ați înregistrat pe plan local prin această creștere a dinamicii manifestărilor?

Este adevărat că în ultimii ani numărul evenimentelor unde societatea a fost organizatoare principală sau parteneră a crescut rapid. Singurul meu merit a fost că la momentul în care s-a pus problema de ce să avem manifestări mici și nu mari am susținut importanța unor conferințe locale de mică amploare care chiar dacă din punct de vedere științific nu vor fi la nivelul celor regionale sau naționale au meritul de a crea spațiul educativ, informativ extrem de important pentru dezvoltarea specialității. Pentru dinamică, imagine și tot ce a derivat de aici sunt " responsabili" și meritorii acei colegi care au înțeles și s-au implicat în acest proiect. Așa am reușit să avem manifestări tradiționale precum întâlnirile anuale de la Târgu Jiu, Călărași, Caracal, Mediaș, etc. Concomitent cele 6 secțiuni ale Societății Române de Pneumologie au cu o regularitate diabolică întâlniri la fiecare 2 ani unde se reactualizează progresele în domeniu pentru specialiștii noștri. Parteneriatele ne-au permis să avem colaborări cu foarte multe asociații profesionale, ONG-uri la care anterior nici nu visam. În acest fel s-a recunoscut și a crescut valoarea pneumologiei și a acțiunilor sale în ochii colegilor de alte specialități și suntem din ce în ce mai căutați pentru diferite acțiuni comune.

Dar la nivel internțional – s-a obținut o creștere a vizibilității și notorietății școlii de pneumologie românești? Ce proiecte aveți în această direcție?

La nivel internațional de asemenea s-au întâmplat foarte multe lucruri pozitive. Suntem prezenți cu din ce în ce mai multe lucrări, postere, prezidări la Congresele Societății Europene de Pneumologie(ERS), CHEST, ATS. Am încheiat un proiect de evaluare a reacției serviciilor în fața unui pacient cu exacerbare de BPOC (COPD AUDIT) care se spitalizează, alături de alte 11 țări, am participat la pregătirea proiectului Hermes de obținere a diplomei europene. Suntem prezenți în activitățile de relansare a francofoniei în pneumologie în Europa de Est si Centrală iar dacă mă gândesc la al 4-lea Seminar Francofon organizat la Cluj recent am reușit să aducem alături Bulgaria și R.Moldova, acesta este deja un progres cu implicare românească. Am dezvoltat relații tradiționale cu vecinii noștrii. Astfel, deja avem prezențe regulate la congresele Societății de Pneumologie Bulgare și Ungare dar și conferințe româno-maghiare sau româno-bulgare.

Care considerați că sunt obiectivele pe care nu ați reușit să le atingeți integral? Ce măsuri preconizați în acest sens?

Întotdeauna o societate care are o dinamică și o evoluție are și obiective ambițioase care se măresc de la un an la altul. Noi neam propus să sprijinim colegii în cererile locale și în rezolvarea problemelor lor regionale sau la nivel de spital. Din păcate nu am reușit întotdeauna deoarece aceste activități țin de multe ori de politici locale de implicații locale ale autorităților care nu sunt dispuse spre acest dialog. Poate că aici ar fi necesar să înființăm un compartiment de strategii ale comitetului director care să hotărască modalitățile de sprijin ale colegilor din teren. Pe această zonă mai avem mult de lucrat . De asemenea și într-un alt domeniu cercetarea nu am făcut progrese vizibile. Văduvită de mijloace, cercetarea românească este în mare suferință în pneumologie. Vom încerca să introducem o bursă de studii pentru tinerii cercetători pentru a încuraja și acest domeniu.

Cum apreciați rezultatele numeroaselor campanii inițiate în rândul populației, al potențialilor pacienți? Considerați că s-a realizat o creștere semnificativă a conștientizării riscurilor afecțiunilor pulmonare în rândul acestora? (Cum au evoluat statisticile în ceea ce privește numărul bolnavilor de tuberculoză din România? Mai ocupă țara noastră primul loc în UE?)

Campaniile regulate, anuale au rolul lor, alăturate unor zile precum Ziua BPOC sau Ziua Astmului. Astfel am crescut accesibilitatea la spirometrie a populației, a potențialilor pacienți și am ajuns în unele campanii până la 10.000 de locuitori filtrați. Aceste date ulterior centralizate ne-au permis să identificăm nevoile populației, necesarul de reorientare a acțiunilor viitoare iar pentru companiile farmaceutice au permis orientarea, demersurile educative. Pentru conștientizarea riscurilor afecțiunilor pulmonare am folosit și alte zile precum Ziua Somnului, Ziua Pneumologiei Românești (o zi în premieră ajunsă la a 2-a ediție), Ziua Mondială de luptă antifumat, etc. Ce am observat? Există un impact masiv în rândul populației – fiecare acțiune aduce valuri de pacienți la investigații în spitale, în laboratoarele de somnologie, în cabinetele de consiliere a fumătorilor.

Tuberculoza este o altă preocupare a societății, am înființat o secțiune de tuberculoză care să sprijine științific și strategic managementul și controlul acestei boli. În Uniunea Europeană suntem în continuare pe ultimul loc, din păcate, dar deși jurnaliștiii în general sunt interesați doar de spectacolul care se cheamă impactul acestei boli, cazurile de contagiune, trebuie să spun că progresele în controlul bolii sunt vizibile prin aplicarea DOTS plus. Datele epidemiologice demonstrează că prevalența scade atât în privința cazurilor noi cât și a recidivelor. Este o muncă a colegilor care nu se vede dar care nu neglijează această afecțiune contagioasă deși există un curent la nivel de autorități care spune că dacă vom face pneumologie vom neglija zona ftiziologiei.

Ce consecințe au avut testările gratuite pentru depistarea astmului și studiile despre BPOC în rândul populației?

Testările gratuite au permis pe de o parte depistarea de cazuri noi, neglijate, iar nu de puține ori recuperarea unor cazuri vechi, unde pacienții au dispărut din evidențe, fie că le-a fost bine, fie că nu au mai avut bani să continue. Spirometria și faptul că a fost prezentată și realizată a demonstrat atât pentru pacienți cât și pentru medici (mai ales cei de familie) cât de importantă este această investigație și faptul că ea este și ar trebui să

intre în rutina bilanțurilor diagnostice alături și la nivelul unei electrocardiograme. Un alt element suplimentar pentru aceste campanii l-a constituit ancheta națională de depistare a BPOC-ului bazată pe chestionar și spirometrie care a permis identificarea unei probleme majore de prevalență-9,2% din români, adică aproape 1 din 10 suferă de bronșită sau emfizem. De aici se poate pleca în fundamentarea unor viitoare programe naționale în domeniu.

Ați luat în calcul un sistem de implementare a unui program de educație terapeutică a pacientului?

Pacientul cu BPOC sau astm bronșic ca și cel cu sindrom de apnee în somn este de multe ori în impas terapeutic generat fie de absența unei cuverturi de 100% a medicației lunare, fie de imposibilitatea de a acoperi o medicație ramificată și completă pentru comorbidități, fie prin lipsa unui sistem de asistare centralizată la domiciliu. În acest sens cu sponsorizări venite de la companiile farmaceutice am elaborat broșuri educative. Suntem în curs de a termina un studiu de evaluare a complianței la medicația lunară (BPOC360). Pe viitor ne gândim să elaborăm un program de asistare a pacientului cu ventilație noninvazivă la domiciliu dar și a unui program care să susțină aderența bolnavilor la terapie în BPOC și astmul bronșic. Intenționăm să demarăm acțiuni de evitare a antibioterapiei intempestive și de promovare a vaccinărilor protective antigripale, antipneumococice.

În România ultimului deceniu, numărul campaniilor antifumat a crescut considerabil. Din perspectiva de fondator al unuia dintre primele cabinete anti-fumat din România, considerați că s-au înregistrat progrese notabile în acest sens? Ați înaintat un memoriu Guvernului în privința înăspririi legislației anti-tabac, ce răspuns ați primit în acest sens?

Există progrese mici în domeniul controlului tabagismului la noi, mai ales în ultimii ani. Legislația este în mod voit lăsată cu multe puncte nerezolvate care permit astfel proliferarea tabagismului activ, mai ales la tineri și expunerea fumatorului pasiv. Loby-ul industriei tutunului la noi este foarte puternic, cu o multitudine de ONG-uri care de fiecare dată când se pune problemă apărării drepturilor nefumătorilor și al fumătorilor pasivi deturnează mesajele. În plus și Programul Stop Fumat suferă în ultimii ani. România mai are un drum lung de parcurs până la implementarea FCTC (Framework for Tobacco Control) cu corectarea golurilor legislative și aplicarea noilor propuneri ca urmare a directivelor Uniunii Europene.

Nu considerați că atenția acordată campaniilor anti-fumat eclipsează în bună măsură o altă problemă importantă – aceea a poluării aerului, capitol la care România deține din nou o serie de recorduri nedorite la nivel european? Ce măsuri ați inițiat în acest sens?

În nici un caz. Tabagismul ocupă 50-60% din cauzele inducere sau de gravare a multor boli respiratorii. Pe de altă parte poluarea aerului la noi este un capitol important și total neglijat de multe specialități dar și de autorități dacă mă gândesc la defrișările masive, la lipsa unor programe de conștientizare a populației, etc. Noi am debutat și în această activitate printr-un program realizat împreună cu o companie farmaceutică și un lant de farmacii dar și cu Ministerul Sănătății, al Mediului și alți colaboratori legat de recuperarea inhalatoarelor goale și reciclarea lor ceea ce permite evitarea unei poluări suplimentare a mediului.

Beneficiați de o susținere reală din partea sistemului sanitar românesc, a ministerului în ceea ce privește campaniile și inițiativele lansate?

Toate aceste campanii sunt realizate prin forțele proprii ale societății cu sponsorizări de la companiile farmaceutice care au înțeles că se impun astfel de acțiuni educative. Ministerul și autoritățile au fost adesea parteneri dar aștept cu nerăbdare ziua când vor susține financiar aceste inițiative mai ales cele legate de programe naționale noi sau registre de boli cronice.

Care considerați că sunt, la momentul actual, principalele probleme cu care se confrunta Pneumologia românească? Va confruntați și în acest domeniu cu problema acuta a emigrării personalului medical? Există semnale de stopare/încetinire a acestui fenomen?

Principalele probleme ale pneumologiei românești sunt legate de lipsa de actualizare a dotării în centrele mari cu aparatură performantă la nivelul anului 2013, lipsa personalului specializat – medici și asistente, absența unor programe de asistență la domiciliu a pacientului respirator cronic (un bolnav total diferit de cel din alte specialități dacă ne gândim la insuficiența respiratorie) și numărul în scădere al rezidenților care trebuie să preia ștafeta acestei specialități. Sigur că și noi suntem confruntați cu aceiași problemă de pletoră de personal. Rezidenții merituoși ne

Prof. Dr. Florin Dumitru Mihălțan
Președintele Societății Române de Pneumologie

părăsesc și acest fenomen nu are deloc o încetinire. Ei nu găsesc locuri de muncă la sfârșitul stagiului de rezident și nici salariile nu sunt convingătoare.

Din perspectiva unui bilanț al anului 2013, care considerați că sunt principalele realizări ale Societății Române de Pneumologie din acest an?

Principalele realizări au fost cele legate de membrii societății noastre. Extinderea colaborărilor cu societăți precum cea de cardiologie, de diabetologie s-a exprimat în manifestări utile pentru pneumologi. Am reușit să ameliorăm dotările tehnice prin sponsorizări și campanii de colectare de fonduri. Astfel am achiziționat 4 bronhoscoape, 42 de spirometre, un server performant, 30 de laptopuri, 4 videoproiectoare (acestea din urmă printr-un proiect cu fonduri europene). Pe de altă parte am trecut la o formă superioară de perfecționare prin cursuri de e-learning pe domeniile interesante ale specialității dar și de tehnologie informatică pentru tinerii specialiști. E un drum lung pe care l-am parcurs cu colegii mei entuziaști cărora le multumesc și pe această cale.

Ce proiecte și inițiative aveți în vedere pentru 2014?

Există o multitudine de inițiative în curs de structurare ca design. Astfel avem parteneriate cu Oficiul de Protecție a Consumatorului pentru a dezvolta noi proiecte pe astm bronșic și BPOC, cu ONG-uri pentru sprijinul căminelor de bătrâni, etc. Vom relua programele de spirometrie de screening și de depistare de alte afecțiuni cronice. Sper să am alături aceiași colegi care prin voluntariat și dorință de promovare a specialității m-au sprijinit în tot ce am întreprins.

interviu realizat cu sprijinul LINDE GAS

Somnologia și importanța ei

Dr. Mihaela Oros
Medic primar pediatru
Spitalul Medicover, București

Tulburările de somn au fost mult timp considerate mai puțin importante, poate prin faptul că nu sunt atât de „vizibile" la examinarea clinică și nici pacienții nu le relevă ca pe niște probleme.

Impactul acestora devine însă catastrofal atunci când problemele de somn sunt cauză a accidentelor rutiere sau aviatice.

Unele din cele mai mari dezastre din istorie au avut drept cauză deprivarea de somn a personalului implicat: 1979 - accidentul nuclear de la Three Mile Island, 1986 - accidentul nuclear de la Cernobîl sau explozia la lansarea navetei spațiale Columbia în 1986.

Începând cu mijlocul secolului XX, cercetătorii au furnizat informații și răspunsuri la multe întrebări despre ritmul somn-veghe, iar importanța acestora a dus ulterior la dezvoltarea unui nou domeniu medical.

Somnologia sau Medicina Somnului

Este specialitatea dedicată diagnosticării și tratamentului problemelor de somn, prima clinică de somnologie fiind deschisă în Statele Unite, în 1970, în cadrul căreia apneea de somn a fost primul domeniu de diagnostic și tratament.

Deși frecvent întâlnită și considerată deja o problemă de sănătate publică, apneea de somn rămâne însă subdiagnosticată.

Tulburările de somn presupun cel mai adesea o abordare multidisciplinară cu implicarea atât a medicilor de familie, cât și a medicilor de diferite specialități. Pot fi afectați atât copiii, cât și adulții, unele probleme de somn fiind și o caracteristică de vârstă.

Diagnosticare

În laboratoarele de somnologie se pot diagnostica și monitoriza în principal tulburările respiratorii cu forma cea mai severă a sindromului de apnee în somn, sindromul de obezitate-hipoventilație, boala picioarelor neliniștite, narcolepsia, etc. Criteriile de diagnostic trebuie să fie în acord cu vârsta pacientului și integrate cu simptomatologia clinică.

Atât la copii cât și la adulți, tratamentul se adresează mecanismelor care stau la baza apariției tulburărilor respiratorii din timpul somnului, paleta terapeutică include intervenții ORL, tratament protetic, medicamentos sau terapia cu CPAP.

În prezent, în 27 de țări din Europa există 130 de centre în care se desfășoară activități clinice și de cercetare în domeniul somnului.

Pentru creșterea gradului de conștientizare, din 2008 la nivel mondial se organizează în fiecare an **Ziua Internațională a Somnului,** a cărei misiune este de a promova somnul sănătos în întreaga lume. Este susținută unanim nevoia unor cercetări viitoare asupra funcțiilor somnului, cunoștințele actuale legate de absența depistării precoce și efectele lipsei tratamentului relevând apariția în timp a complicațiilor cardiovasculare, metabolice, neurologice, psihomotorii, respiratorii.

În multe țări, Medicina Somnului este deja recunoscută ca o competență specială cu un program de training bine definit.

Soluţii de terapie la domiciliu

INSUFICIENŢE RESPIRATORII (BPOC, EMFIZEM, FIBROZĂ, CANCER PULMONAR)

- Concentratoare de oxigen fixe sau portabile
- Dispozitive de antrenare a muşchilor respiratorii pentru reabilitarea BPOC

SINDROMUL DE APNEE ÎN SOMN

- Diagnosticări în Laboratorul de Somnologie şi la domiciliu
- Aparate de terapie cu presiune continuă (CPAP, AutoCPAP şi BIPAP) şi măşti

ASTM ŞI ALTE AFECŢIUNI ÎN SFERA ORL

- dispozitive de administrare a medicaţiei inhalatoare (spacere, aparate de aerosoli şi accesorii)
- dispozitive de urmărire a evoluţiei tratamentului (peakflowmetre)

TEL VERDE: 0800.030.123

BUCUREŞTI, GIURGIU, ILFOV:
0730.899.528
0727.727.056

IAŞI, BACĂU, NEAMŢ, BOTOŞANI, SUCEAVA, VASLUI:
0731.770.850
0733.770.556
0733.770.544

CONSTANŢA, TULCEA, GALAŢI, CĂLĂRAŞI, IALOMIŢA:
0731.790.720
0727.727.048

PRAHOVA, VRANCEA, BUZĂU DÂMBOVIŢA, BRĂILA:
0733.770.591
0727.727.056

TIMIŞ, ARAD, CARAŞ-SEVERIN, GORJ, MEHEDINŢI:
0733.770.501
0733.770.555
0733.770.545

BIHOR,SĂLAJ, SATU MARE, MARAMUREŞ:
0727.500.335
0727.727.096
0733.770.554

CLUJ, ALBA, SIBIU, HUNEDOARA:
0733.770.536
0727.727.096
0733.770.555
0725.352.778

MUREŞ, BISTRIŢA NĂSĂUD, HARGHITA, COVASNA, BRAŞOV:
0726.301.395
0725.353.778

ARGEŞ, TELEORMAN, DOLJ, OLT, VÂLCEA:
0727.500.349
0727.500.324

Alegerea inhalatorului potrivit

Aerosolii sunt folosiți de multe secole pentru tratamentul afecțiunilor respiratorii, cercetările ultimilor ani aducând însă progrese considerabile în acest domeniu.

Diferența esențială dintre tratamentul pe cale orală și cel inhalator o reprezintă faptul că plămânii, spre deosebire de sistemul digestiv, sunt „instruiți" pentru a elimina particulele străine. Astfel, anumite particule depuse între laringe și bronhiolele terminale pot fi îndepărtate prin clearance-ul mucociliar și nu vor determina un efect antiiflamator sau bronhodilatator. Pentru ca acest lucru să nu se întâmple, pentru terapia inhalatorie, s-au realizat diferite **forme terapeutice,** fiecare reprezentând o combinație unică între substanța medicamentoasă și dispozitivul respectiv.

Factorii care influențează depunerea particulelor în plămâni

Factorul principal ce ține de forma terapeutică este reprezentat de mărimea particulelor emise. Mărimea aerosolilor poate varia de la 0,01μ la 100μ. Particulele mai mari de 5μ se vor depozita la nivelul zonei orofaringiene, în timp ce doar particulele cu diametrul între 2 și 5μ (așa cum sunt cele generate de dispozitivele inhalatorii terapeutice) se vor depune în bronșiile mari, medii și în căile aeriene mici. Particulele mai mici de 2μ au cel mai mare potențial de a se depune în porțiunea respiratorie a plămânilor iar acest lucru favorizează absorbția sistemică.

Factorul principal individual ce influențează depoziția pulmonară ține de calibrul bronșiilor pacientului și de tehnica inhalatorie folosită.

Dispozitivele si tehnica inhalatorie

Există 3 mari categorii de dispozitive folosite pentru a elibera aerosolii terapeutici: nebulizatoare, inhalatoare presurizate cu doze măsurate (MDI) și inhalatoare cu pulbere uscată (DPI). Ca principiu, inhalatoarele presurizate cu doze măsurate (MDI) și nebulizatoarele generează **particule lichide sau suspensii (lichid/solid),** iar inhalatoarele cu pulbere uscată (DPI) generează **particule solide.**

Pentru DPI este necesară o inhalare adâncă și rapidă de la început. Deși tehnica este relativ ușor de învățat, adesea însă copiii mici și pacienții dispneici nu sunt capabili să aibă un flux inspirator corespunzător.

MDI–urile sunt dispozitive care pot genera o depunere pulmonară mare dar acest lucru necesită o tehnică extrem de bună. Inspirația lentă crește depunerea pulmonară pentru MDI și nebulizări. Utilizarea MDI împreună cu spacerele cu valvă, mai ales la vârsta pediatrică, permite o mai bună coordonare mână – gură și reduce foarte mult depunerea faringiană.

Nebulizatoarele pot folosi doze mari de medicație, permit mixarea de soluții iar la nevoie se poate administra concomitent și oxigen. Ele pot fi folosite cu respirație normală, fără a necesita o tehnică specială, fără coordonare. Administrarea medicației inhalatorii cu nebulizatorul se poate face și în timpul somnului, mai ales la copii, știut fiind că inhalarea de aerosoli este neglijabilă la un copil care plânge iar depunerea de aerosoli este cu 74% mai mare la un copil „adormit". Consumă însă mai mult timp iar dispozitivele sunt mai puțin portabile decât MDI sau DPI.

Alegerea dispozitivului care se potrivește cel mai bine nevoilor pacientului

O strategie generală de alegere a inhalatoarelor la copiii cu astm bronșic cu vârsta sub 5 ani, care a fost publicată în Ghidul GINA 2009 este prezentată în **Tabelul 1.**

Principalul factor care influențează decizia de alegere a unui dispozitiv atât la adulți cât și la copii este folosirea corectă a acestuia de către pacient sau, cu alte cuvinte, cel mai bun ghid de prescriere al unui inhalator este de a-l alege pe cel pe care pacientul poate și îl va folosi corect, iar acest aspect este esențial pentru eficiența terapeutică.

Tabelul 1: Alegerea unui dispozitiv inhalator pentru copiii cu astm

Categoria de vârstă	Dispozitivul preferat	Dispozitiv alternativ
sub vârsta de 4 ani	MDI plus spacer dedicat cu mască facială	Nebulizator cu mască facială
peste 4-5 ani	MDI plus spacer dedicat cu piesă bucală	MDI plus spacer dedicat cu mască facială sau Nebulizator cu piesă bucală sau mască facială

Dr. Mihaela Oros,
medic primar pediatru
Spitalul Medicover București

THE LINDE GROUP

Linde

Nebulizatoare Philips

Beneficiile terapiei cu aerosoli

Terapia cu aerosoli presupune acţiunea rapidă a medicamentului direct la nivelul plămânului şi elimină efectele adverse ale altor tipuri de administrare.

Nebulizator InnoSpire Essence

- Poate fi folosit de către adulţi şi copii.
- Compresor de mare putere.
- Camera de nebulizare asigură dimensiunea optimă a particulei de medicament.
- Timp redus de tratament 7 min/şedinţă de aerosoli.
- Mască adulţi, copii şi piesă bucală incluse în pachet.

Nebulizator Sami the Seal

- Destinat copiilor.
- Formă amuzantă de jucărie.
- Compresor de mare putere.
- Camera de nebulizare asigură dimensiunea optimă a particulei de medicament.
- Timp redus de tratament 7 min/şedinţă de aerosoli.
- Geantă de transport.

Contact TEL VERDE GRATUIT 0.800.030.123

Linde Gaz România SRL
Timişoara 300136, Avram Imbroane nr. 9
Telefon 0256.300-700, Fax 0256. 225-608
Bucureşti 077090, Autostrada A1 Bucureşti-Piteşti km 11,4
Telefon 021.318-1921, Fax 021.318-1920
www.linde.ro

Pneumonia atipică primară, cu Mycoplasm

Mycoplasmele sunt cele mai mici microorganisme saprofite și sunt rezistente la acțiunea antibioticelor beta-lactamice, datorită lipsei peretelui celular.

Există 14 specii de mycoplasme care pot apărea la gazda umană; speciile Mycoplasma orale și Mycoplasma salivarum colonizează cel mai frecvent mucoasa cavității orale, în timp ce specia Mycoplasma pneumonia este răspunzătoare de producerea anumitor forme de pneumonie. Speciile Ureaplasma erealyticum și Mycoplasma hominis, au capacitatea de a coloniza mucoasa tractului urinar, fără a determina apariția unei simptomatologii infecțioase; de asemenea, aceste două specii sunt răspunzătoare de apariția unor infecții oportuniste la nou-născuți, dar și la adulți.

Infecțiile oportuniste sunt boli produse de anumiți patogeni, care în mod obișnuit nu sunt agresivi, dar care devin deosebiți de virulenți atunci când se dezvoltă în organismul unui pacient ce prezintă o stare de deficiență imunitară; astfel, patogenul oportunist (pe fondul depresiei imunitare) poate genera grave complicații infecțioase; relevante pentru acest gen de patologii, sunt infecțiile oportuniste care pot apărea în cadrul bolii HIV / SIDA – tuberculoza pulmonară.

Mycoplasma genitalium, Mycoplasma fermentas și Mycoplasma penetrans, reprezintă alte trei specii bacteriene, care au putut fi identificate la nivelul tractului genito-urinar sau la nivelul tractului respirator; condițiile de creștere și dezvoltare ale acestor trei specii distincte, sunt mult mai complexe comparativ cu restul speciilor de Mycoplasma.

Genul Mycobacteriul include o serie de bacili gram-pozitivi, aerobi și imobili, capabili de a forma structuri filamentoase; foarte multe dintre aceste specii pot produce îmbolnăviri gazdei umane sau animale: Mycobacterium leprae (bacilul Hansen) – produce lepra; Mycobacterium tuberculosis – produce tuberculoza; Mycobacterium bovis – produce tuberculoza la animale (bovine), dar și infecții articulare sau pulmonare la om; Mycobacterium avis – produce tuberculoza la păsări; Mycoplasma pneumoniae – produce pneumonie atipică primară la om.

O cincime dintre cazurile de pneumonii din clinicile de specialitate sunt datorate infecțiilor cu Mycoplasma pneumoniae; de asemenea, radiațiile ionizante pot produce penumonie. Utilizat izolat, termenul de «pneumonie» face de obicei referire la «pneumonia lobară acută» produsă de către pneumococi.

Penumoniile atipice

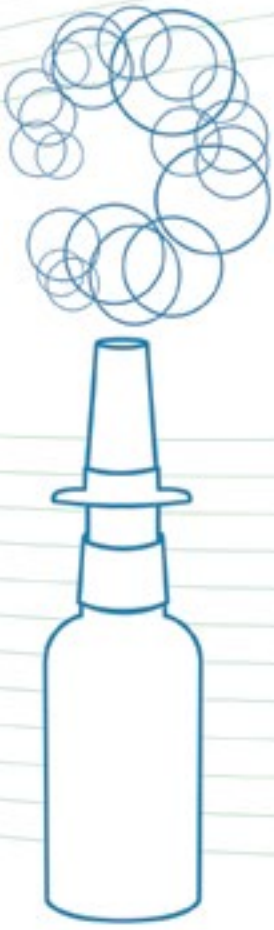
Pneumonia atipică primară este o formă acută de boală pulmonară infecțioasă, produsă de către patogenul Mycoplasma pneumoniae, de către anumite specii de Rickettsia, Chlamidia, sau de către anumite virusuri cu tropism respirator – adenovirusul sau virusul paragripal.

Reinfecțiile cu Mycoplama pneumoniae apărute la copii, vor declanșa anumite reacții imunologice destul de violente, ce denotă autoimunizarea organismului respectiv. Din punct de vedere clinic, penumonia atipică primară, poate conduce la apariția unor manifestări hematologice

RinoClenil 100

beclometazonă 100 µg/doză • spray nazal • suspensie

- **Pentru prevenţia şi tratamentul rinitei sezoniere, perene şi vasomotoare, la adulţi şi copii peste 6 ani[1]**
- **Cu efect antiinflamator topic puternic, activitate mineralocorticoidă redusă şi efecte sistemice nesemnificative[1]**
- **Vasoconstrictor cutanat de 625 de ori mai activ vs. beclometazon alcool şi de 5000 de ori mai activ faţă de hidrocortizon[1]**



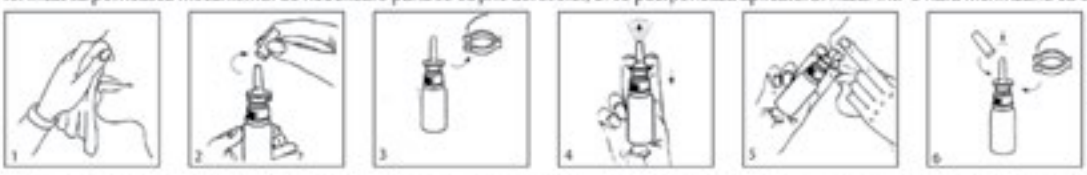
Corticosteroizii intranazali reprezintă medicaţia de primă intenţie pentru tratamentul congestiei nazale şi al simptomelor frecvente şi persistente asociate rinitei alergice[2,3]

Corticosteroizii intranazali sunt bine toleraţi şi pot fi folosiţi pe termen lung fără risc de atrofie a mucoasei nazale[2]

[1]Rezumatul caracteristicilor produsului, [2]ARIA - Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma - 2008 Update; Allergy 2008: 63 (Suppl. 86): 8-160; [3]Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2010 Revision: Full Online version - published in the Journal of Allergy and Clinical Immunology (1-153)

RINOCLENIL 100, spray nazal, suspensie, 100 µg/doza - Informaţiile esenţiale din Rezumatul Caracteristicilor Produsului

COMPOZIŢIA: 100 ml spray nazal, suspensie, conţin dipropionat de beclometazon 77 mg. Excipient – clorură de benzalconiu. Indicaţii terapeutice: Profilaxia şi tratamentul rinitelor sezoniere, perene şi vasomotoare. Doze şi mod de administrare: Adulţi şi copii peste 6 ani: două pufuri în fiecare narină o dată pe zi. La copii se consideră o schemă de administrare cu o doza fracţionată respectiv un puf în fiecare narină de 2 ori pe zi. Efectul acţiunii nu este imediat iar pentru beneficiul terapeutic maxim este recomandată utilizarea cu regularitate timp de mai multe zile. Produsul nu se va administra la copii cu vârsta sub 6 ani. Contraindicaţii: infecţii tuberculoase şi infecţii locale virale sau fungice, hipersensibilitate la substanţa activă sau la orice din excipienţi, contraindicat la copii cu vârsta sub 6 ani. In general este contraindicat în sarcină şi în perioada de lactaţie. Atenţionări şi precauţii speciale: La administrare în special la utilizarea produselor de uz topic pe termen îndelungat pot apare fenomene de sensibilizare şi în mod excepţional reacţii adverse sistemice al acestei categorii de produse. In acest caz este necesar să se întrerupă tratamentul şi să se instituie terapia corespunzătoare. La copii dacă tratamentul este prelungit cu corticosteroizi se recomandă să se verifice perioada de creştere. Rinoclenil poate controla în cele mai multe cazuri rinitele alergice, sezoniere, stimularea crescută anormală a agenţilor alergeni putând necesita o suplimentare a terapiei, în special pentru a controla simptomele oculare. Este necesar să se ia măsuri la pacienţi care trec la terapia cu steroizi sistemici la Rinoclenil dacă există suspiciuni de insuficienţa funcţiei suprarenale. In caz de infecţii bronşice sau bronhoree abundentă este necesar un tratament adecvat pentru a permite difuzia optimă în căile respiratorii. Se recomandă precauţie în cazul pacienţilor cu glaucom, ulcere sau afecţiuni oto-rino-laringologice. Trebuie controlată tehnica de inhalare a pacientului pentru a fi siguri că acţionarea aerosolului se sincronizează cu inspiraţia, asigurând eliberarea optimă a medicamentului în căile respiratorii. Rinoclenil conţine clorură de benzalconiu, care la doze de peste 10 µg/doză administrată poate provoca bronhospasm. Pot să apară efecte sistemice ale corticosteroizilor administraţi pe cale nazală, în special la doze mari prescrise pentru perioade prelungite. Este mai puţin probabil să apară aceste efecte comparativ cu corticosteroizii administraţi pe cale orală şi pot varia Interacţiuni: nu sunt cunoscute. Sarcină şi alăptarea: In cazul sarcinii produsul va fi administrat numai în cazul în care este absolut necesar sub stricta supraveghere medicală. Nu există date suficiente care să ateste siguranţa utilizării de beclometazon dipropionat în timpul sarcinii la om. In cazul funcţiei reproductive la animale, numai după expunerea la o doză ridicată apar efecte adverse tipice corticosteroizilor. Oricum aplicarea nazală de beclometazon dipropionat evită un înalt risc de expunere. Utilizarea produsului în timpul sarcinii se ia în considerare numai după evaluare beneficiilor şi a posibilelor riscuri asupra fătului. Produsul s-a utilizat pe parcursul mai multor ani fără apariţia unor efecte adverse dăunătoare. Este normal să luăm în considerare că dipropionatul de beclometazonă este excretat în laptele matern dar la doza utilizată pentru aplicare nazală prezenţa unei concentraţii semnificative în laptele matern este puţin probabilă. Oricum utilizarea de dipropionat de beclometazon în timpul perioadei de lactaţie necesită evaluarea ratei risc – beneficiu atât pentru mama cât şi pentru copil. Efectele asupra capacităţii de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje: nu se cunosc. Reacţii adverse: Reacţiile adverse sistemice sunt puţin probabile datorită dozelor scăzute utilizate. Cu toate acestea, o atenţie deosebită se acordă utilizării prelungite a produsului menţinând pacientul în strictă supraveghere pentru a detecta din timp posibilele efecte sistemice (osteoporoza, ulcerul peptic, manifestări clinice secundare insuficienţei corticosuprarenale cum sunt hipotensiune arterială şi scăderea ponderală). Ca şi pentru alte preparate nazale pot apărea arsuri topice, iritaţi, uscarea mucoasei şi rareori epistaxis. In cazuri foarte rare s-a raportat perforarea septului nazal în urma aplicării nazale a corticosteroizilor. De asemenea în cazuri rare creşterea tensiunii intraoculare şi glaucom au fost asociate cu aplicarea de dipropionat de beclometazon. Ocazional, pot să apară micoze (candidoze) la nivelul cavităţii orofaringiene, care, în general, dispar prin tratament local antimicotic fără întreruperea tratamentului. Apariţia frecventă a acestor infecţii, poate fi prevenită prin clătirea cu apă a cavităţii bucale după fiecare administrare. De asemenea, au fost raportate foarte rar, reacţii alergice cum sunt erupţii cutanate, urticarie, prurit, edem al pleoapelor, ochilor, feţei guri şi faringelui. Ca şi în cazul administrării inhalatorii a altor medicamente, poate să apară bronhospasm paradoxal. Supradozaj: Administrarea unor doze ridicate de beclometazon dipropionat pe o perioadă scurtă poate duce la supresia funcţiei hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenală. In acest caz doza de Rinoclenil va fi redusă imediat la doza recomandată. Lista excipienţilor: polisorbat 20, celuloză microcristalină, carboximetilcelulază sodică, clorură de benzalconium, alcool feniletilic, glucoză monohidrat, apă purificată. Incompatibilităţi: Nu se cunosc. Valabilitate: 3 ani.: A se păstra în ambalajul original. Cutie cu un flacon din PET de culoare brună, a 30 ml (200 doze) spray nazal, suspensie, prevăzut cu pompă dozatoare. Instrucţiuni pentru utilizare: A se agita puternic flaconul înainte de fiecare administrare. Mai mult decât atât, înainte de începerea terapiei este recomandat să se îndepărteze capacul protector (2) şi inelul protector (3) şi se acţionează pompa (4) pentru a declanşa mecanismul de nebulizare. Se continuă după cum urmează: 1. se curăţă nasul cu grijă; 2. se îndepărtează capacul protector; 3. se îndepărtează inelul protector care blochează pompa; 4. se ţine flaconul în poziţia ilustrată în figura de mai jos; se acţionează repetat pompa în aşa fel încât să pornească mecanismul de nebulizare până se obţine aerosolul; 5. se poziţionează aplicatorul nazal într-o nară închizând cu un deget cealaltă nară; se respiră şi se presează în acelaşi timp vârful aplicatorului nazal, cum este ilustrat în figura de mai jos. In acest mod se eliberează exact o singură doză de substanţă activă; se repetă aceeaşi operaţiune în cealaltă narină; 6. după utilizare se închide cu capacul protector şi inelul protector. Dacă mecanismul de acţionare este obstrucţionat, se clăteşte cu grijă cu apă caldă fără să se intervină cu obiecte ascuţite.



Deţinătorul APP nr. 7371/2006/01 : Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 26/A 43100 Parma, Italia. Data autorizării: Decembrie 2006. Data revizuirii textului: Noiembrie 2011.

Acest material promotional este destinat profesioniştilor din domeniul sănătăţii. Acest medicament se eliberează pe bază de prescripţie medicală PRF. Pentru informaţii complete despre produs, vă rugăm să consultaţi Rezumatul Caracteristicilor Produsului.

Chiesi Romania - Member of Chiesi Central Eastern Europe
Chiesi Romania SRL - 9 Transilvaniei - 010796 - Bucureşti - România
Tel +40/21 202 36 42 - Fax +40/21 202 36 43
www.chiesi.ro - www.chiesi-cee.com - www.chiesigroup.com

Chiesi
People and ideas for innovation in healthcare

003/CR/Rinoclenil/10.2013

(anemie hemolitică, trombocitopenie, splenomegalie), dermatologice (erupţii cutanate), cardiovasculare (pericardita si miocardita), articulare, digestive şi renale.

Mycoplasma pneumoniae poate produce şi traheobronşita, bronşiolita sau faringita (angina) – simptomatologia poate persista pe o perioadă de câteva săptămâni sau luni de zile; infecţia cu acest patogen se transmite între indivizi, prin intermediul aerosolilor contaminaţi; cu toate acestea, transmiterea pe cale aeriană este mult mai lentă comparativ cu alte infecţii cu tropism respirator. Perioada de incubaţie a infecţiei este de maxim 21 de zile; cazuri de pneumonie au fost raportate în zonele urbane pe întreg parcursul unui an calendaristic; de obicei, epidemiile de pneumonie cu Mycoplasma apar cu o ciclicitate de 3-7 ani de zile.

Incidenţa infecţiilor respiratorii cu Mycoplasma pneumoniae este destul de ridicată în rândul copiilor cu vârste sub cinci ani, precum şi rata de spitalizare. Aproape o cincime dintre cazurile de pneumonie apărute în rândul adulţilor, sunt datorate infecţiei cu acest patogen. O posibilă pneumonie cu Mycoplasma pneumoniae, trebuie avută în vedere atunci când se doreşte realizarea diagnosticului diferenţial al infecţiilor respiratorii, aceasta deoarece boala nu afectează doar categoriile extreme de vârsta – copii şi vârstnicii.

Semne şi simptome

Infecţia cu Mycoplasma pneumonia, reprezintă principala cauză de apariţie a pneumoniei atipice primare – boală manifestată cel mai adesea sub forma unui sindrom traheobronşitic, acompaniat de simptome de afectare a căilor respiratorii superioare. Frecvent, pacientul prezintă dureri la nivelul faringelui, mai ales în momentul înghiţirii alimentelor, cefalee, frisoane, coriză şi stare de rău generalizată. Examenul ORL evidenţiază un faringe roşu, congestionat (roşu în gata), care nu este însoţit de mărirea de volum a ganglionilor limfaţi regionali (adenopatie satelită) . Unele cazuri de îmbolnăvire au fost însoţite de timpanită şi otită.

Infecţiile pulmonare cu mycoplasma pot căpăta un aspect clinic sever, chiar şi în cazul copiilor sau adulţilor sănătoşi – este vorba de apariţia abceselor pulmonare, penumatocel, condensare lobară extensivî, detresî respiratorie şi nu în ultimul rând revarsate pleurale.

O cincime dintre pacienţii cu pneumonie atipică produsă de infecţia cu Mycoplasma pneumonia, vor prezenta semne clare de pleurezie – în astfel de cazuri severe, patogenul poate fi cultivat şi izolat din lichidul pleural.

Ca şi **complicaţii extrapulmonare**, pneumonia atipică cu Mycoplasma, poate determina următoarele patologii : meningoencefalita, meningita aseptică, encefalita, paralizie ascendentă, precum şi mielita transversă; în unele dintre cazuri, complicaţiile neurologice s-au dovedit fatale pentru pacienţi. Din nefericire, afectarea neurologică este sechelară; recuperarea acestor pacienţi este deosebit de dificilă, uneori chiar imposibilă – deficitele neurologice pot persista pe durata întregii vieţi. Afectarea neurologică se datorează invadării în mod direct a sistemului nervos central, de către patogenul Mycoplasma pneumoniae.

În cazurile care evoluează cu afectarea sistemului nervos central, patogenii pot fi izolaţi din lichidul cefalorahidian; pentru identificarea patogenilor poate fi utilizată reacţia de polimerizare în lanţ (PCR) – această tehnică permite amplificarea urmelor de ADN microbian; patogenii au putut fi izolaţi în fragmentele de ţesut, biopsiate de la nivelul creierului cu ocazia realizării autopsiei persoanelor decedate.

Mycoplasma pneuminiae poate determina aglutinarea «la rece» a eritrocitelor; chiar dacă vizibil, pacientul nu prezintăp semne de anemie (paloare tegumentară, astenie), rezultatele pozitive ale « testului Combs », sugerează existenţă unui anumit grad de anemie subclinică. Alte tipuri de complicaţii care pot apărea în cazul infecţiei cu Mycoplasma pneumonia : anemie hemolitică, hemoglobinurie paroxistică la rece, fenomen Raynaud, coagulare intravasculară diseminată (CID), trombocitopenie, precum şi insuficienţă renală.

Boala Raynaud constă în apariţia de crize vasomotorii, localizate simetric, la nivelul extremităţilor membrelor (la nivelul degetelor); crizele vasomotorii sunt cel mai adesea declanşate de către expunerea la frig; este vorba de vasoconstricţie locală brusc instalată, urmată de vasodilataţie paralitică şi stază capilară. Boala Raynaud poate determina fenomene dureroase locale, precum şi cianoză locală; ca şi complicaţii, pot apărea tulburări trofice şi fenomene de necroză la nivelul degetelor.

Mult mai rar, **infecţia cu Mycoplasma pneumonia poate determina afectare cardiacă**; este vorba de miocardită, însoţită de un oarecare grad de anemie hemolitică – aceste patologii, pot mima un infarct miocardic acut. Investigaţiile electrocardiografice (EKG) pot evidenţia o serie de anomalii, în absenţa unor semne clinice evidente, de afectare cardiacă : miopericardita, hemopericard, insuficienţa cardiacă congestivă, bloc atrio-ventricular complet; patogenul infecţios a putut fi izolat din lichidul pericardic, dar şi din probele biopsiate de la nivelul miocardului, cu ajutorul culturilor de laborator.

Un sfert dintre pacienţii cu boală pulmonară pot prezenta **leziuni ale mucoaselor şi tegumentelor – eritem maculopapular şi exantem vezicular**; alături de aceste manifestări muco-cutanate, mai pot apărea leziuni de stomatică ulcerativă şi conjunctivită . Astfel, culturile realizate din prelevate biologice de la nivelul buzelor şi faringelui, vor fi în majoritatea cazurilor, pozitive pentru patogenul Mycoplasma pneumoniae.

Ocazional, **infecţia cu Mycoplasma pneumoniae poate genera manifestări articulare –artrită**; artrita se manifestă întocmai ca şi în cazul reumatismului articular acut (RAA). Un sfert dintre pacienţii cu pneumonie pot prezenta simptome digestive: greţuri, vărsături şi diaree.

Diagnostic

Oricare pacient, indiferent de vârstă sau sex, care prezintă manifestări de afectare respiratorie, trebuie suspicionat de o posibilă infecţie cu Mycoplasma pneumoniae; seriozitatea acestui diagnostic rezidă din gravitatea complicaţiilor care afectează un număr considerabil de pacienţi; din nefericire, în foarte multe cazuri, infecţia cu M. Pneumoniae nu este inclusă în diagnosticul diferenţial al pneumoniilor.

Clinic, manifestările extrapulmonare de boală pot debuta uneori, chiar şi după trei săptămâni de la apariţia simptomelor respiratorii; simptomele respiratorii pot fi absente uneori, din antecedentele recente ale pacienţilor. Toate categoriile de pacienţi pot prezenta manifestări extrapulmonare, datorate infecţiei cu Mycoplasma pneumoniae.

Investigaţiile de laborator nu indică de cele mai multe ori, modificări patologice alarmante; 25 % dintre pacienţi vor avea leucocitoză, iar o tremine vor prezenta un VSH accelerat, fără a putea preciza etiologia acestuia.

Radiografia toracică simplă va pune în evidenţă prezenţa unor infiltrate difuze interstiţiale, localizate la nivelul lobilor

VitalAire CPAP

Support program

VitalAire O2

Support program

www.VitalAire.ro

bazali pulmonari, sau dispuse sub forma unor striaţii, orientate de la hil (este vorba de hilul pulmonar) către baze; imaginile infiltrative pot fi unilaterale sau bilaterale. Cu toate acestea, informaţiile obţinute în urma realizării examenului clinic, al examenului radiologic şi al investigaţiilor de laborator, sunt insuficiente şi nespecifice pentru a putea stabili cu certitudine diagnosticul de infecţie cu Mycoplasma pneumoniae.

Alte specii de patogeni, care pot genera un tablou clinic similat cu cel din infecţia cu M. Pneumoniae: Chlamydia pneumoniae, Chlamydia psittaci, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Coxiella burnetii, anumite specii de Legionella, precum şi anumite tipuri de adenovirusuri. Toţi aceşti patogeni pot produce infecţii care să evolueze simultan cu infecţia generată de către Mycoplasma pneumoniae.

Răspunsul de aglutinare «la rece», poate fi decelată la aproximativ jumătate dintre pacienţi, putând fi utilizat pentru întărirea diagnosticului pozitiv – testul se efectuează prin amestecarea serului provenit de la pacient, cu eritrocite test, de grup 0; ulterior amestecul astfel pregătit, este incubat la o temperatură de zero grade Celsius, timp de câteva minute; la final, se constată prezenţa sau absenţa aglutinării eritrocitelor, care apare datorită interacţiei dintre anticorpii plasmatici şi eritrocitele test, de grup 0. Un test asemănător, se poate realiza mult mai rapid, la patul pacientului, prin introducerea unei picături de sânge recoltată pe anticoagulant, într-o eprubetă care apoi este refrigerată timp de patru minute; ulterior, eprubeta este examinată şi se observă dacă s-a produs aglutinarea eritrocitelor. .

Din nefericire, **nu există o metodă rapidă şi specifică pentru detectarea patogenilor de Mycoplasma pneumoniae în probele biologice prelevate de la pacienţi**; culturile pentru această bacterie sunt foarte dificil de realizat, în condiţii de laborator, şi nu în toate cazurile de infecţie, pot fi prelevate probe de la nivelul tractului respirator.

Testele serologice sunt cele mai sugestive, pentru confirmarea infecţiilor respiratorii cu Mycoplasma pneumoniae; ELISA reprezintă investigaţia serologică de elecţie într-o astfel de situaţie – tehnica se bazează pe reacţia antigen-anticorp; antigenul, sau anticorpul de captură este fixat pe un suport solid, după care este pus în contact cu o imunoglobulină sau cu oricare altă moleculă pentru care prezintă specificitate; ulterior, o enzimă acţionează asupra acestui substrat, şi produce un compus colorat ce poate fi detectat cu ajutorul metodelor de spectrofotometrie (acestui compus îi corespunde o lungime de undă caracteristică) .

Un singur test serologic poate fi neconcludent; de aceea, **se recomandă utilizarea testelor perechi, care să deceleze atât anticorpii de clasa IgM, cât şi anticorpii de clasa IgG. «Fixarea complementului»** reprezintă o altă metodă serologică ce poate fi utilizată pentru stabilirea diagnosticului pozitiv, însă prezintă dezavantajul de a nu permite detecţia anticorpilor specifici de clasa IgG.

Tratament

Pentru tratamentul pneumoniei atipice cu Mycoplasma pneumoniae putem utiliza eritromicina (reprezintă tratamentul antimicrobian de elecţie pentru acest tip de infecţie respiratorie), tetraciclina; tratamentul cu clindamicină nu a condus la obţinerea unor bune rezultate clinice, şi de aceea nu se recomandă acest chimioterapic ca primă linie terapeutică. Poate fi utilizată şi ciprofloxacina, însă are o acţiune mai puţin eficientă, comparativ cu tertaciclina.

Claritromicina şi azitromicina reprezintă două antibiotice bine tolerate de către organismul pacienţilor; de asemenea, ele determină relativ puţine efecte secundare gastrointestinale, şi prezintă un timp de înjumătăţire plasmatică mai lung, fiind posibilă administrarea lor la intervale de timp mai mari (element foarte important pentru complianţa pacientului la tratament). Ca şi efect secundar, claritromicina poate determina creşterea concentraţiei plasmatice de teofilină.

Mycoplasmele sunt bacterii cu creştere şi dezvoltare lentă, de aceea se recomandă utilizarea unei terapii de lungă durată, care să asigure reuşita vindecării; pentru eradicare, majoritatea acestor agenţi patogeni necesită o durată de tratament de 2-3 săptămâni. Pentru tratamentul celorlate simptome (cefalee, greţuri, tuse, dureri), pot fi administrate medicamente antitusive, antipiretice şi analgezice.

Patogenie şi cauze

Infecţia cu M. Pneumonia se transmite pe cale aeriană, prin intermediul aerosolilor contaminaţi; aşa cum deja am precizat, perioada de incubaţie a bolii este de maxim 21 de zile (mai precis, între 7-21 de zile, din momentul inocularii patogenului) . După invadarea căilor respiratorii, patogenii aderă la suprafaţa celulelor tractului respirator – adeziunea se realizează cu ajutorul unor structuri proteice de la suprafaţa bacteriei.

Deoarece **patogenii se pot localiza intracelular**, anticorpii specifici şi antibioticele nu vor avea o acţiune eficientă în combaterea infecţiei – acesta este şi motivul pentru care unele forme de infecţie se pot croniciza, şi de asemenea, motivul pentru care Mycoplasmele sunt foarte dificil de cultivat pe mediile artificiale de laborator.

Bacteriile pot persista în ţesuturile invadate, deoarece genele proteinelor de suprafaţă suferă o serie de variaţii antigenice, care le permit eludarea mecanismelor de apărare ale gazdei; capacitatea Mycoplasmelor de a metaboliza arginina, va conduce la formarea unei mari cantităţi de amoniac ce are afect citotoxic; producţia de peroxid joacă de asemenea, un rol important în apariţia leziunilor tisulare.

Ureaplasmele deţin o importantă activitate ureazică (metabolizează ureea şi eliberează carbonatul de amoniu), contribuind astfel în mod substanţial, la formarea calculilor urinari; de asemenea, ureaplasmele prezintă activitate proteolitică, fiind capabile de a distruge anticorpii de clasa IgA – activitatea proteazică reprezinta un factor de virulenţă pentru aceste specii de Mycoplasma.

Mycoplasma pneumonia are capacitatea de a activa nespecific limfocitele B, dar şi limfocitele T; astfel, pot apărea în circulaţie autoanticorpi, care vor acţiona împotriva structurilor tisulare de la nivelul creierului, inimii, musculaturii striate, eritrocitelor, precum şi împotriva celulelor aflate în curs de diviziune.

Autoanticorpii apăruţi în circulaţie au capacitatea de a aglutina eritrocitele generând astfel o serie de complicaţii, secundare infecţiei cu Mycoplsma pneumoniae; autoanticorpii sunt îndreptaţi împotriva unor structuri de la suprafaţa eritrocitelor, denumite «antigenul I» - interacţiunea dintre anticorpi şi aceste antigene va conduce la apariţia anemiei; este vorba despre o formă de anemie, cu determinism imunologic.

Dr. Claudia Maria Stoia
medic primar pneumolog
www.medicpneumolog.com

MEDIKA H&S
430274 BAIA MARE STR. 9 MAI 23 C
TEL / FAX: +40 262 216 641, MOBIL: +40 729 571 352
medikahs@medika.ro, www.medika.ro

Ergospirometru PISTON PRE-101

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

Controlul bicicletei și al bandei de alergat:

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

Opțiuni:

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

Pletismograf complet PISTON PDT-111/p

Dispozitivul asigură măsurarea parametrilor mecanici ai sistemului respirator.

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

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

Spirometru PISTON PDD-301/sh

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

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

Infecții cu virus sinițial respirator - diagnostic și examene de laborator

Virusul sinițial respirator (RSV) este un membru al familiei Paramixoviridae, genul Pneumovirinae. RSV este un virus cu anvelopă, are diametrul de 150 până la 300 nm și este denumit astfel deoarece, prin replicare virală, se produce fuzionarea celulelor învecinate într-un larg sinițiu multinuclear. Genomul de ARN monocatenar conține codul a 10 proteine virale specifice. ARN viral este înglobat într-o nucleocapsidă elicoidală înconjurată de o anvelopă lipidică ce conține două glicoproteine, dintre care una este proteina G, cu care virusul se atașează de celule, iar cealaltă este proteina F (sau de fuziune), care favorizează intrarea virusului în celulă prin fuzionarea membranelor celulei-gazdă și a virusului. Până nu demult se considera că virusul sinițial respirator constituie un singur tip antigenic, dar descoperiri recente au dus la concluzia că există două grupuri distincte (A și B) și multe subtipuri ale fiecărui grup. Semnificația epidemiologică și clinică este în curs de cercetare.

Diagnosticul infecţiilor cu RSV poate fi pus pe baza datelor epidemiologice (boala severă la copil mic în timpul unei epidemii cu RSV în comunitatea respectivă). Diagnosticul de certitudine se pune prin izolarea RSV din secreţii respiratorii, inclusiv spută şi exudat faringian sau secreţii nazofaringiene. Virusul este evidenţiat în culturi de celule şi identificat prin reacţii imunologice specifice utilizând imunofluorescenţa, testul ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) şi alte metode. Examenul microscopic cu imunofluorescenţa a secreţiilor sau eroziunilor nazale se dovedeşte a fi o metodă rapidă de diagnosticare. Testele serologice care se bazează pe creşterea de patru ori sau mai mult a nivelului de fixare a complementului ori a titrului de anticorpi neutralizanţi sunt utile pentru diagnostic la copiii mari sau adulţi, dar au o eficacitate scăzută la copiii sub patru luni. În comparaţie cu testele de fixare a complementului sau de neutralizare, ELISA este mult mai sensibilă în identificarea anticorpilor serici. Ca şi în cazul altor teste

serologice, diagnosticul necesită compararea unor probe de ser din faza de stare cu cele din perioada de convalescenţă, de aceea, testele nefiind utile în timpul fazei acute de boală.

În cazul infecţiilor căilor respiratorii inferioare este necesară o terapie respiratorie, incluzând hidratare, aspirarea secreţiilor şi administrare de oxigen umidificat, precum şi de agenţi antibronhospastici, la nevoie. Atunci când este prezentă hipoxia severă, intubaţia şi ventilaţia asistată devin necesare. Studii pe sugari cu infecţii cu RSV care au urmat tratament cu aerosoli de ribarin, un analog nucleozidic activ vitro împotriva RSV, au demonstrat efectul benefic al acestui tratament în vindecarea afecţiunilor căilor respiratorii inferioare, inclusiv în normalizarea nivelului gazelor sanguine. Imunoglobulinele cu titruri înalte de anticorpi anti-RSV au conferit protecţie împotriva bolii severe a tractului respirator inferior când au fost administrate la copiii cu risc înalt pentru complicaţiile infecţiei cu RSV, într-un studiu multicentric. Această alternativă este în curs de evaluare.

Există un interes crescut pentru realizarea unui vaccin împotriva RSV. Vaccinurile cu virus întreg inactivat au fost ineficiente şi, potrivit unui studiu, chiar au agravat boala la sugari. Alte încercări au vizat imunizarea cu glicoproteine de suprafaţa F şi G din RSV purificate. În amplasamentele în care există o rată crescută a infecţiilor, cum ar fi saloanele de pediatrie, utilizarea unor metode de protejare a mâinilor şi ţesuturilor conjunctive poate fi de folos în limitarea răspândirii virusului.

Centrul medical ***Bio Terra Med***

Aventura numită Salin

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

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

Lista afecţiunilor

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

Efectele favorabile

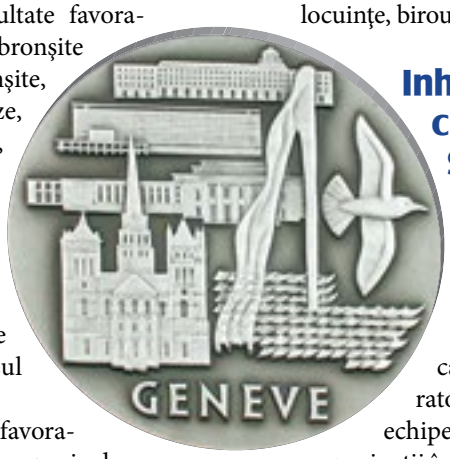
Sunt deosebit de spectaculoase în cazul copiilor.

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

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

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

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



Inhalatorul cu mască SaltMed

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

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

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

„Numărul 1

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

Ochii și capacitatea vizuală

Funcția cerebrală

Aparatul cardiovascular

Omega-3 extra 1000 mg

Pentru funcția normală a inimii

* Conform studiilor din domeniul farmaceutic.

SPRIJINUL COMPLET AL IMUNITĂȚII!

Doppel herz aktiv

Elemente de diagnostic diferențial în tusea cronică

Tusea cronică este un simptom care marchează semnificativ calitatea vieții pacienților. Din punct de vedere fiziopatoloigic tusea cronică poate fi de cauză reflexă sau secundară unei afecțiuni pulmonare acute sau cronice. Multiple mecanisme fiziopatologice implicate în declanșarea tusei, impun o evaluare complexă și completă a bolnavilor în vederea unei abordări terapeutice eficiente.

Introducere

Tusea este un simptom trăit de fiecare persoană de-a lungul vieţii, fiind singura modalitate prin care sunt eliminate din căile respiratorii substanţele toxice, excesul de mucus şi microorganismele patogene. Ea este definită ca fiind un inspir profund, urmat de un expir puternic cu glota închisă, care atunci când se deschide expulzează aerul cu putere, vorbim deci de trei etape: faza inspiratorie, faza compresivă şi faza explozivă, în care accesul de tuse este însoţit de zgomot.[1]

Prezenţa tusei este un simptom cu multiple conotaţii: apariţia ei acuta indică o afectare toxică sau infectioasă bruscă a organismului. Atunci când tusea persistă mai mult de trei săptămâni, vorbim de tuse cronică. Tusea este prezentă în mai multe afecţiuni, nu doar în cele respiratorii. Lipsa tusei sau scăderea eficienţei acesteia este un semn de prognostic nefavorabil. [2]

Sindromul de tuse cronică are efecte nefaste asupra pacienţilor, putând produce efecte secundare neplăcute, cum ar fi sincopa secundară tusei. Mai mult de jumătate din femeile cu tuse cronică au avut episoade semnificative de incontinenţă urinară în timpul tusei, cu apariţia depresiei şi izolare socială, datorate episoadelor de tuse apărute în situaţii jenante: la masa, la operă, la biserică. Într-un studiu efectuat pe pacienţi cu sindrom de tuse cronică, jumătate dintre ei au avut depresie demonstrată clinic, iar impactul asupra calităţii vieţii a fost comparabil cu cel al bolnavilor cu BPOC sever.[3]

Aspecte fiziopatologice în tusea cronică

Tusea involuntară apare prin reflex vagal, fiind declanşată de toate structurile inervate de nervul vag şi ramurile sale. Nervul vag inervează porţiunea inferioară a orofaringelui, laringele, tractului respirator inferior, membrana timpanului, canalul auricular extern. Tusea voluntară este singurul simptom care poate fi foarte bine mimat, în acest caz, mecanismul de declanşare nu mai este vagal.

Receptorii tusei

Stimulii tusigeni acţionează asupra nervului vag prin intermediul receptorilor tusigeni localizaţi la nivelul laringelui, faringelui, arborele traheobronşic, carenă, pleură, membrana timpanică, canalul auditiv extern. Iritarea acestor zone, prin mecanisme multiple, produce tuse. [4]

Receptorii tusigeni sunt de mai multe tipuri: receptori cu adaptare rapidă la stimuli (RARs), receptorii fibrelor C şi receptorii de forţă, cu adaptare lentă pulmonară.

Receptori cu adaptare rapidă la stimuli

Receptori cu adaptare rapidă la iritanţi sunt răspândiţi în tot tractul respirator. La nivelul faringelui receptorii tusei conduc influxul, în mare parte prin calea nervului glosofaringian şi doar o mică parte printr-un ram al nervului laringian superior.

Receptorii vagali din mucoasa laringiană sunt activaţi prin stimuli mecanici şi chimici. Influxul nervos este preluat de nervul laringian superior şi recurent, iar ulterior de nervul vag. În mod normal aceşti receptori nu sunt activi. În momentul activării ei se adaptează rapid şi descarcă un impuls neregulat condus rapid prin fibrele mielinizate Aδ. Stimulii sunt variaţi: fumul de ţigară, iritanţi chimici, soluţii saline hipotone sau hipertone, stimuli mecanici (praf, mucus sau cateterizare endobronşică). Tusea poate fi indusă şi prin procesele inflamatorii de la nivelul nasofaringelui sau sinusurilor, mecanismul producerii tusei fiind prin mediatorii inflamatori diseminaţi către laringe. [5]

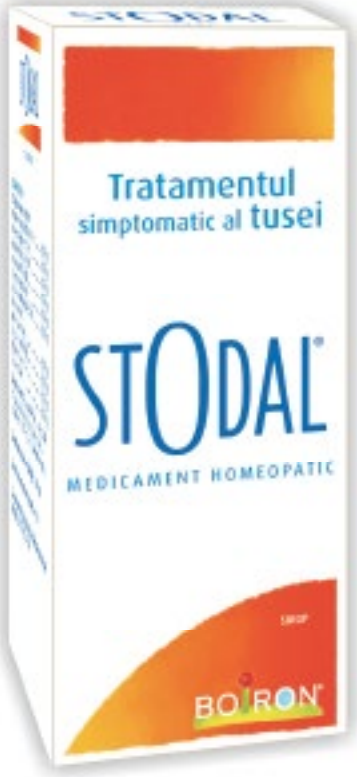
Receptorii RARs se găsesc şi la nivelul traheii, bronhiilor mari. Prin dispoziţia lor subepitelială, sugerează că ei pot fi sensibili la iritanţii intraluminali. Ca şi receptorii laringieni ei sunt stimulaţi de iritanţi chimici şi mecanici, dar şi de mediatori inflamatori şi imunologici cum sunt: histamina, bradikinina, prostaglandinele şi substanţa P. Activitatea RARs este crescută în afecţiuni bronşice şi pulmonare inflamatorii (pneumonii, atelectazii, boli obstructive) care scad complianţa pulmonară şi produc tuse pacienţilor. Studiile efectuate au evidenţiat prezenţa unor interferenţe cu reflexele pulmonare, prin intermediul receptorilor RARs.[6]

Receptorii pentru fibrele C

O altă categorie de receptori de la nivelul tractului traheobronşic sunt receptorii pentru fibrele C, care sunt aferenţe vagale nemielinizate dispuse în laringe, bronhii şi pereţii alveolari, fiind activaţi de acelaşi tip de stimului ca şi RAR, dar fără ca răspunsul lor la stimul să includă tusea[7]. În urma stimulării, receptorii fibrelor

Siropul STODAL® este un medicament homeopatic pentru tratamentul simptomatic al tusei.

Denumirea comercială a medicamentului: STODAL®, sirop. **Compoziția calitativă și cantitativă:** 100 g sirop conțin Anemone pulsatilla 6 CH 0,95 g, Rumex crispus 6 CH 0,95 g, Bryonie dioice 3 CH 0,95 g, Ipecacuanha 3 CH 0,95 g, Spongie tosta 3 CH 0,95 g, Sticta pulmonaria 3 CH 0,95 g, Antimonium tartaricum 6 CH 0,95 g, Myocardium 6 CH 0,95 g, Coccus cacti 3 CH 0,95 g, Drosera TM 0,95 g. **Indicații terapeutice:** Tratamentul simptomatic al tusei. **Doze și mod de administrare:** *Adulți:* doza recomandată este de 1 lingură de sirop de 3 până la 5 ori pe zi. *Copii:* doza recomandată este de 1 linguriță de sirop de 3 până la 5 ori pe zi. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la oricare dintre componentele produsului. **Atenționări și precauții speciale:** O lingură de sirop (20 ml) conține: 11,25 g zahăr și 0,2 g alcool. O linguriță de sirop (5 ml) conține: 3,75 g zahăr și 0,065 g alcool. Înainte de a prescrie un tratament antitusiv, se recomandă stabilirea corectă a etiologiei și a unui tratament etiologic specific. Dacă tusea persistă la administrarea mai multor doze uzuale de antitusiv se recomandă reevaluarea situației clinice. **Numărul autorizației de punere pe piață:** 4607/2004/01. **Data autorizării:** August 2004. **Data revizuirii textului:** Septembrie 2008. **Medicament eliberat fără prescripție medicală.** Pentru informații suplimentare consultați rezumatul caracteristicilor produsului, disponibil la cerere. **Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.**



BOIRON®

www.boiron.com

C eliberează tahikinine şi substanţa P, care stimulează RARs, producând tuse şi inflamaţie prin mecanism de axon. Acest mecanism explică efectul inhibitor al tahikininelor în blocarea tusei.

Receptorii de forţă cu adaptare lentă pulmonară

Sunt responsabili de refluxul Breuer-Hering şi de respiraţie, stimularea se realizează prin inspir profund, declanşând tusea. Aceşti receptori nu sunt influenţaţi de stimuli chimici sau mecanici.

Neurofiziologia tusei

Pacienţii cu tuse cronică au o sensibilitate tusigenă anormală, episoadele de tuse se manifestă în paroxisme. Se ştie că femeile au o sensibilitate tusigenă crescută faţă de bărbaţi, ele tuşesc de două ori mai mult decât bărbaţii şi încep să tuşească la doze mici de agenţi tusigeni.[8]

În caz de boală sensibilitatea receptorilor tusigeni este crescută, fiind stimulaţi de substanţe care în mod normal nu produc tuse. Creşterea sensibilităţii receptorilor RARs şi a receptorilor fibrelor C, este cauzată de modificările induse de alergeni, infecţii virale, ozon, fum de ţigară, mediatori inflamatori şi de procesele structurale induse de aceştia: hipersecreţie de mucus, edem şi bronhospasm.(9) Modificările structurale de la nivelul receptorilor tusigeni se produc mai ales prin modificarea mediatorilor intracelulari, care vor creşte sensibilitatea receptorilor.

Aşa cum am precizat receptorii tusigeni, în special RARs, sunt stimulaţi de atingere sau presiune, prezentând la suprafaţa membranei canale de Na-voltaj dependente, care sunt activate de acizi. Receptorii pentru fibrele C sunt receptori de tip vaniloid VR1 şi receptori de tip canabinoid CB2, care sunt activaţi de agenţi tusigeni şi sunt sensibili la căldură, bradikinină, ATP, derivaţi de acid arahidonic şi fosfokinaza C.[10]

Aferenţele senzitive care pleacă de la receptorii tusigeni ajung la nivelul bulbului rahidian, în nucleul tractului solitar. Eferenţele motorii pornesc de la nivelul nucleului retroambiguu către musculatura respiratorie, şi din nucleul ambiguu către laringe şi arborele bronşic. La nivelul bulbului în urma stimulării se vor eliberea neurokinine, răspunzătoare de inducerea tusei şi bronhoconstricţiei, acest mecanism central fiind ulterior potenţat de activitatea receptorilor pentru fibrele C. Acest mecanism este întâlnit în boala de reflux gastro-esofagian, în care aferenţele esofagiene, care în mod normal nu produc tuse, pot activa reflexul de tuse, când sensibilizarea receptorilor s-a produs.[11]

Cauzele tusei cronice

Sindromul de tuse cronică apare fie secundar unei afecţiuni clinice, când tratamentul bolii de bază duce la sistarea sau ameliorarea tusei şi o tuse reflexă, secundară altor stări patologice sau fiziologie. Din punct de vedere clinic tusea poate fi împărţită în două mari categorii: tusea secundară afectării căilor respiratorii şi tusea reflexă.

1. Tusea secundară

Tusea secundară apare ca urmare a unei afectări a tractului respirator inferior sau superior. Aceasta este de obicei însoţită de o simptomatologie specifică, care completată de investigaţii suplimentare, ajută la stabilirea diagnosticului şi a conduitei terapeutice.

1.1.Rinosinuzita cronică

Este cea mai frecventă cauză de tuse cronică, fapt evidenţiat în studii epidemiologice. Drenajul secreţiilor spre faringe este perceput de pacient şi însoţit de necesitatea frecventă de a-şi curăţa gâtul. De cele mai multe ori prezenţa secreţiilor nu este evidentă la nivelul faringelui, însă bolnavii prezintă disfonie şi obstrucţie nazală.[12] Biopsia bronşică efectuată la bolnavii cu rinită cronică, în afara sezonului cu polen, a evidenţiat infiltrat inflamator. Tusea în acest caz pare a fi produsă de inflamaţia din jurul laringelui, sugerând că inflamaţia căilor nazale, afectează întreg tractul respirator şi se remite prin tratamentul afecţiunii de bază[13].

1.2.Tusea din astmul bronşic

Foarte puţini pacienţi care prezintă tuse cronică izolată au ca diagnostic astmul clasic autentic, majoritatea s-au ales cu acest diagnostic pentru că „ce altceva ar putea fi?”. Ghidurile ERS recomandă întreruperea tratamentului antiasmatic la pacienţii al căror unic simptom este tusea. De obicei, aceşti pacienţi nu prezintă obstrucţie la evaluarea spirometrică, iar dacă aceasta este prezentă răspunsul la inhalarea de bronhodilatator nu este prezent. Dacă totuşi se iniţiază tratament specific, iar frecvenţa şi severitatea tusei nu se modifică clinicianul este obligat, să găsească o altă cauză de tuse.

În astmul bronşic, cel mai frecvent simptom este tusea, care are caracter predominant nocturn, diagnosticul este susţinut de prezenţa reversibilităţii bronşice la bolnavii cu sindrom obstuctiv sau hiperreactivitate bronşică la testul cu metacolină, la bolnavul cu spirometrie normală şi cu eozinofilie în sputa indusă[14]. Deasemenea, dacă tusea reapare după sistarea tratamentului, acesta va fi reluat. În astmul bronşic receptorii tusigeni sunt stimulaţi de mediatori inflamatori cu sunt bradikininele, tahikininele sau prostaglandinele, dar şi de deformarea mecanică a receptorilor, care apare ca urmare a bronhoconstricţiei.[15]

În situaţii rare tusea cronică poate fi prezentă la pacienţii cu bronşită eozinofilică. Aceştia nu prezintă obstrucţie aeriană şi nici hipereactivitate bronşică, dar, au eozinofilie importantă în spută şi răspund bine la tratamentul antiasmatic.

1.3. Tusea din bronhopneumopatia cronică obstructivă- BPOC

BPOC este o afecţiune cronică caracterizată prin prezenţa obstrucţiei bronşice, fără reversibilitate la bronhodilatator, fiind prezentă, în majoritatea cazurilor, la fumători. Tusea în acest caz este produsă de excesul de secreţie bronşică la care se asociază hiperplazia celulelor bronşice şi inflamaţia bronşică, cu predominenţă neutrofilică. Supresia tusei la aceşti bolnavi este contraindicată, pentru că favorizează acumularea secreţiilor în bronşii şi suprainfectarea lor[16].

1.4. Tusea din bronşectazii

Bronşectazia presupune o dilatate şi o distorsionare a căilor bronşice, secundară unei inflamaţii, urmată de o hipersecreţie bronşică şi o scădere a capacităţii de clearence a regiunilor afectate. Cantitatea de spută produsă este mare, în jur de 30 ml/zi, de obicei sero-mucoasă, dar care se suprainfectează frecvent cu germeni gram negativi. Tusea din bronşectazii are rol funcţional în curăţarea excesului de mucus din bronşii, fiind contraindicată suprimarea ei[17,18].

1.5. Tusea postinfecţioasă

Tusea postinfecţioasă reprezintă aproximativ 11% până la 25%, din cazurile de tuse cronică. Cele mai frecvente infecţii care induc tuse postinfecţioasă sunt cele cu Mycoplasma, Bordetella, Chlamydia

STAR international med

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

ayurmed

COUGHEND Sirop
Protector al căilor respiratorii

- Contribuie la menținerea stării de sănătate a aparatului respirator;
- Ajută la combaterea tuturor formelor de tuse asociate infecțiilor și inflamațiilor respiratorii;
- Combate tusea și reduce secrețiile în bronșitele acute și cronice;
- Este adjuvant în terapia astmului bronșic.

ASHWAGANDHA Rasayan Tab
Tonic și stimulent general

Contribuie:
- la menținerea tonusului general al organismului;
- la restabilirea nivelului de energie în caz de epuizare;
- la susținerea capacității de autoapărare a organismului;
- la menținerea puterii de concentrare în situații de tensiune nervoasă, stări anxioase sau depresive ;
- în perioada de refacere după stări de slăbiciune.

MARGUSA
Purificator natural al organismului

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

Suplimente alimentare 100% naturale din plante medicinale ayurvedice

sau Haemophilus. La aceste persoane tusea persistă între câteva săptămâni, până la câteva luni. Mecanismul tusei pare a fi persistenţa sensibilităţii receptorilor tusei, la care se asociază un sindrom inflamator, indus iniţial prin mecanism viral, care alterează integritatea epiteliului respirator şi favorizează acţiunea iritanţilor la nivelul receptorilor. Întreruperea acestui cerc vicios este necesară, persistenţa lui producând modificări la nivelul epiteliului bronşic[19].

2. Tusea reflexă

Studiile efectuate apreciază că tusea cronică este cauzată de o afecţiune gastrointestinală în proporţie de 41%, cel mai frecvent fiind incrimitat refluxul gastroesofagian[20]. Se pare că nu numai afectarea esofagiană este responsabilă de tusea reflexă, ci şi sindromul de colon iritabil, ar putea induce tuse reflexă, cronică.

2.1. Tusea secundară refluxului gastro-esofagian.

Omul are o tendinţă importantă spre reflux gastro-esofagian, deşi, la o primă privire, postura bipedă ne-ar determina să gândim opusul. La toate vertebratele esofagul se găseşte în regiunea posterioară a toracelui, trece prin diafragm şi ajunge în stomac, care este poziţionat vertical, astfel esofagul formează cu stomacul un unghi drept, evitând astfel tendinţa de reflux când sfincterul esofagian se dechide. La om esofagul pătrunde în stomac direct şi trece de la o presiune scăzută în cavitatea toracică la o presiune crescută în cavitatea abdominală, astfel că orice deschidere a sfincterului esofagian predispune la reflux[20].

Tusea este declanşată de acidul gastric care prin fenomenul de reflux ajunge la nivelul corzilor vocale şi este astfel aspirat în căile aeriene. Schimbarea vocii este simptomul principal care determină prezentarea la ORL a pacientului. Aspirarea de lichid gastric va determina apariţia hiperreactivităţii bronşice, cu activarea limfocitelor Th2 şi o reacţie eozinofilică, care nu este distinctă de cea din astm sau de bronşita eozinofilică. Dacă refluxul ajunge în cavitatea bucală este descris ca „gust metalic", iar dacă ajunge în nas, determină simptome de rinită sau rinoree. Deasemenea lichidul de reflux poate ajunge prin trompa lui Eustachio la nivelul urechii medii, determinând simptome de tipul: durere, tinitus. Lipsa tratamentului gastro-enterologic prompt, va stimula permanent receptorii tusigeni, accentuând ulterior refluxul gastro-esofagian[21].

2.2. Tusea postprandială

în acest caz tusea apare la 10 minute postprandial, ca urmare a refluxului de alimente din stomac în esofag. Este cunoscut că aciditatea gastrică este tamponată de ingestia de alimente, iar perioada la care survine tusea coincide cu momentul deschiderii sfincterului esofagian inferior. Mai mult decât atât arsurile postprandiale survin, în mod normal la 30 de minute - 1 oră postprandial, pH stomacului scăzând suficient să producă senzaţia de durere esofagiană.

2.3. Tusea în timpul vorbirii

Este tot o tuse reflexă. Atunci când pacientul râde sau cântă diafragmul participă activ la aceste activităţi, sfincterul esofagian este depăşit de refluxul gastric, deoarece diafragmul coboară în timpul acestor activităţi. S-a observat că tusea se agravează cînd pacientul vorbeşte sau cântă şi stă pe scaun, datorită creşterii tensiunii intraabdominale. De obicei tusea este descrisă că apare în timpul conversaţiei, când diafragmul se relaxează[2].

2.4. Tusea din perioada mesei.

Un stimul important al tusei este cel determinat de reflexul sfincterului esofagin inferior. Pacientul poate tuşii în timpul sau la sfârşitul mesei. Frecvent tusea este declanşată de alimente cu pH scăzut, hrană uscată. În momentul înghiţirii, bolusul alimentar atinge faringele, iar refluxul faringian va deschide sfincterul esofagian inferior determinând apariţia tusei. La unii bolnavi, tusea este declanşată de anumite alimente: ciocolată, alcool, sugerând o alergie alimentară, care nu este de fapt decât o sensibilitate faringiană care declanşază tusea reflexă.

2.5. Variaţia diurnă a tusei

Există o variaţie diurnă a tusei cronice. Uni pacienţii tuşesc seara când merg la culcare, cei mai mulţi însă tuşesc dimineaţa la ridicarea în ortostatism, deoarece seara înaintea somnului presiunea sfincterului esofagian inferior este crescută, nivel care se menţine şi dimineaţa la trezirea pacientului, de aceea el nu va tuşi imediat. Este vorba în acest caz tot de o tuse reflexă, în care sfincterul esofagian

inferior este stimulat de gazul acumulat în stomac pe parcursul nopţii, şi care trebuie eliminat[22].

3. Alte cauze de tuse

3.1. Tusea de cauză psihică – este menţionată în literatură ca fiind frecventă în adolescentă, mai ales la băieţi, putând fi remisă prin intervenţie psihiatrică şi suport psihologic. Suspiciunea de tuse cronică secundară unei afecţiuni psihice apare dacă alte cauze de tuse au fost eliminate. Se pare că şi sindromul Tourette se poate manifesta astfel, iar tratamentul lui duce la ameliorarea tusei[23].

3.2. Tusea produsă de inhalarea de corpi străini

În aceste cazuri tusea apare brusc, este iritativă şi uşor de diagnosticat cu ajutorul imagistici şi bronhoscopiei. Cel mai frecvent este întâlnită la copiii cu vârsta între 2-3 ani şi persoane cu tulburări de deglutiţie[24].

3.3. Tusea după consumul de inhibitori de angiotensin convertază

Inhibitorii enzimei de conversie sunt adesea indicaţi în tratamentul hipertensiunii arteriale şi insuficienţei cardiace. În acest caz tusea este seacă, însoţită de senzaţia de iritaţie la nivelul gâtului şi apare la câteva ore după ingestia medicamentului sau la câteva săptămâni după introducerea lui în schema terapeutică. Inhibitorii de angiotensin convertază, la aceşti pacienţi, favorizează acumularea de bradikinină şi prostaglandine, care cresc activitatea peptidelor proinflamatorii (substanţa P, neuropeptidel Y) şi determină eliberarea locală de histamină, inducând astfel activarea receptorilor tusigeni[25].

Concluzii

După cum se observă tuse cronică, este declanşată prin mecanisme multiple şi în afecţiuni diverse. Cunoaşterea mecanismului fiziopatogenetic responsabil de declanşarea tusei în afecţiunile menţionate mai sus, contribuie la instituirea unui tratament adegvat şi la creşterea calităţii vieţii bolnavilor cu afecţiuni cronice, care au ca simptom principal tusea, ştiind că persistenţa tusei, produce modificări psihologice şi psihosociale majore. Consider importantă schimbarea mentalităţii sociale care consideră tusea o prezenţă normală în viaţa zilnică.

***Mahler Beatrice**, Asistent Universitar, Catedra de Fiziopatologie II, UMF "Carol Davila" Bucureşti, medic primar pneumolog, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta", Bucureşti*
E-mail mahlerbeatrice@yahoo.com
***Ruxandra Ulmeanu**, Prof.Univ.As, Facultatea de Medicină şi Farmacie, Oradea, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta", Bucureşti*

Bibliografie

1.Cullinan P: Persistent cough and sputum: prevalence and clinical characteristics în southeast England.Respir Med 86:143-149, 1992.

2.Morice AH, Chronic cough: diagnosis, treatment and psychological consequences, Breathe. Dec 2006;vol. 3, (2), 165-74.

3.Dicpinigaitis P V, Tso R, Banaugh G, Prevalence of depressive symptoms among patients with chronic cough, Chest. 2006 Dec;130(6):1839-43.

4.Widdicombe JG: Afferent receptors în the airways and cough.Respir Physiol 114:5-15,1998.

5.Sant'Smbrogio G: Role of the larynx în cough.Pulm Pharmacol 9:379-382, 1996.

6.Karlsson J-A, Sant'Ambrogio G, Widdicombe JG: Afferent neural pathways în cough and reflex bronchoconstriction. J Appl Physiol 65:1007-1023,1998.

7.Mazzone SB, Canning BJ, Widdicombe JG: Sensory pathways for the cough reflex. în Chung FC, Widdicombe JB, Boushey HA (eds): Cough: Cuses, mecanisms and Therapy. Oxford: Blackwell, 2003, pp.161-172.

8.Everett CF, Kastelik IL et al.Chronic persistent cough în the community: a questionnaire survey. Cough, 2007: 23, 3-5.

9.Canning BJ: Interactions between vagal afferent nerve subtypes mediating cough. Pulm Pharmacol Ther 15:187-192, 2002.

10.Hwang SW,Oh U: Hot channels în airways: Pharmacology af the vanilloid receptor. Curr Opin Pharmacol 2:235-242, 2002.

11.Mazzone SB, Canning BJ : Plasticity of the cough reflex. Eur respir rev 12:236 -242, 2002.

12.Mello CG,Irwin RS,Curley FJ: Predictive value of the character, timing and complications of chronic cough în diagnosing its cause. Arch Intern Med 156.997-1003,1996.

13.Hessler JL, Piccirillo JF et al. Clinical outcomes of chronic rhinosinusitis în response to medical therapy: results of a prospective study.Am J Rhinol 2007.Jan-feb; 21 (21): 10-8.

14.Murray and Nadel's, Textbook of respiratory medicine, fourth edition,Chung KF, Widdicombe JG, Cough, 29, 2005, 831-47.

15.Dicpinigaitis P V, Chronic cough due to asthma: ACCP evidence-based clinical practice guidelines Chest. 2006 Jan;129(1 Suppl):75S-79S.

16.Medinas Amorós M, Mas-Tous C, Renom-Sotorra F, Health-related quality of life is associated with COPD severity: a comparison between the GOLD staging and the BODE index,Chron Respir Dis, 2009;6(2):75-80.

17.Fuschillo S, DeFelice A, Balzano G, Mucosal inflammation în idiopathic bronchiectasis: cellular and molecular mechanisms. Eur Respir J, 2008 Feb;31(2):396-406.

18.Chang AB, Redding GJ, Everard MC, Chronic wet cough: Protracted bronchitis, chronic suppurative lung disease and bronchiectasis. Pediatr Pulmonol, 2008,jun 43(6): 519-31.

19.Braman SS, Postinfectious cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines.Chest, 2006 Jan;129(1 Suppl):138S-146S.

20.McCrory DC, Lewis SZ, Methodology and grading of the evidence for the diagnosis and management of cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2006 Jan;129(1 Suppl):28S-32S

21.Chang AB, Lasserson TY, Gaffney J et al, Gastro-oesophageal reflux treatment for prolonged non-specific cough în children and adults, Cochrane Database Syst Rev,2006 Oct 18;(4):CD004823

22.Kastelik JA, Redington AE, Aziz I, et al, Abnormal oesophageal motility în patients with chronic cough.thorax 58:699-702,2003.

23.Irwin RS, Glomb WB,Chang AB, Habit cough, tic cough, and psychogenic cough în adult and pediatric populations: ACCP evidence-based clinical practice guidelines.Chest, 2006 Jan;129(1 Suppl):174S-179S.

24.Fraga AM, Reis MC, Zambon MP et al.,Foreign body aspiration în children: clinical aspects, radiological aspects and bronchoscopic treatment J Bras Pneumol. 2008 Feb;34(2):74-82.

25.Karlberg BE, Cough and inhibition of the renin-angiotensin system, J Hipertens Suppl, 1993 Apr;11(3):S49-52.

Metode moderne de diagnostic în specialitatea de Pneumologie a Spitalului Monza din București

Dr. Laura Lihaţchi
Medic Specialist
Specialitatea Pneumologie
Spitalul Monza

Serviciul de pneumologie din cadrul Spitalului Monza oferă pacienților care se adresează în regim ambulatorial sau pacienților spitalizați o serie de investigații specifice:

1. Evaluare funcţională respiratorie
- spirometrie simplă
- spirometrie cu test bronhodilatator
- peakflowmetrie
- saturaţia oxigenului în sângele periferic
- gazometrie arterială
- test de mers 6 minute
- test cardio- pulmonar de efort (bicicleta)
- poligrafie ventilatorie nocturnă

2. Toracocenteză diagnostică și terapeutică

3. Bronhoscopie flexibilă +/- biopsie bronșică sau brosaj bronșic

4. Evaluare imagistică toracică

a. radiografie cardio-pulmonară
b. computer tomografie toracică
c. bronhoscopie virtuală

Toţi pacienţii care urmează să fie operaţi pe cord sunt evaluaţi din punct de vedere pneumologic. Aceştia vor efectua cel puţin o spirometrie simplă şi o radiografie cardio – pulmonară anterior intervenţiei chirurgicale şi în funcţie de prezenţa sau nu a unei patologii pulmonare vor continua cu alte investigaţii specifice. Scopul este acela al cunoașterii profilului pacientului, astfel încât managementul postoperator al pacientului să fie cât mai eficient, morbiditatea si mortalitatea cât mai scăzute.

Testarea cardio-pulmonară de efort (CPET)

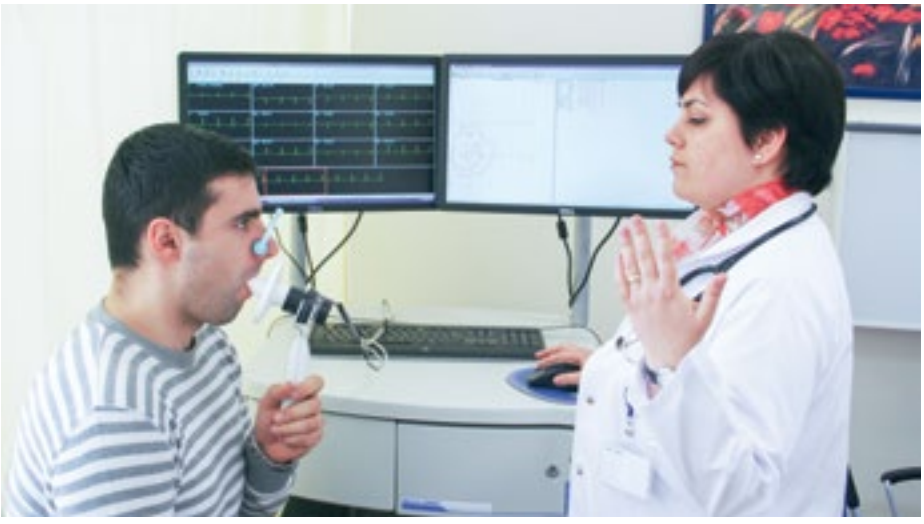
Testul cardiopulmonar de efort (CPET) este o procedură noninvazivă care evaluează capacitatea individuală de efort și care oferă informaţii diagnostice și prognostice. Performanţa la efort este rezultanta funcţionării interdependente a patru mari sisteme: cardiovascular, pulmonar, muscular și sangvin.

Studiul răspunsului organismului la efort oferă informaţii superioare celor obţinute în starea de repaus, permiţând o mai bună apreciere funcţională a aparatului cardiovascular. CPET reprezintă o metodă esenţială pentru evaluarea cardiovasculară comprehensivă.

Indicații CPET

1. Evaluarea toleranţei la efort
- determinarea gradului afectării funcţionale (peak VO2)
- determinarea factorilor și a mecanismelor fiziopatologice de limitare a efortului

2. Evaluarea intoleranţei la efort de cauză necunoscută
- stabilirea contribuţiei etiologiei cardiace și pulmonare în afecţiuni coexistente
- simptome disproporţionate faţă de rezultatele testelor cardio-pulmonare de repaus
- dispnee neexplicată când testul iniţial cardiopulmonar este nondiagnostic



SPITALUL MONZA - CENTRU CARDIOVASCULAR

Este alături de inima ta

Spitalul Monza – Centru Cardiovascular vine în întâmpinarea pacienților cardiovasculari cu servicii medicale complete, de cardiologie clinică și intervențională, cardiologie pediatrică, tehnici clasice și inovative de chirurgie cardiovasculară, chirurgie cardiacă pediatrică precum și servicii de recuperare cardiovasculară specifice care pot salva viața.

În cadrul Spitalului Monza sunt disponibile și servicii integrate de medicină internă, chirurgie generală, pneumologie precum și din sfera altor specialități.

Specialiștii noștri, cu experiența a mii de cazuri rezolvate vă pun la dispoziție pachete personalizate nevoilor dumneavoastră, într-un mediu spitalicesc modern și dotat cu cea mai înaltă tehnologie medicală.

Spitalul Monza București dispune de:	
• 8 săli de operații moderne	• Aparate ultra-performante de Tomografie Computerizată și Rezonanță Magnetică
• Secții de Terapie Intensivă	
• 2 săli de angiografie moderne	• Sistem de telemetrie pentru toți pacienții
• 13 cabinete medicale	• Laborator de analize medicale
• Cabinete de endoscopie și stomatologie	• Laborator ultramodern de Histopatologie, Imunohistochimie și Citogenetică
• Secții de recuperare medicală	

Informații și programări la numărul de telefon: 031.225.25.00
Strada Tony Bulandra, nr. 27, sector 2, București
info@spitalulmonza.ro, www.spitalulmonza.ro

Îți oferim servicii medicale personalizate nevoilor tale.

3. Evaluarea pacienţilor cu afecţiuni cardiovasculare

- evaluarea funcţională şi prognostică a pacienţilor cu insuficienţă cardiacă
- selecţia pentru transplant cardiac
- prescripţia antrenamentului şi monitorizarea rezultatelor reabilitării cardiace

4. Evaluarea pacienţilor cu afecţiuni respiratorii

- stabilirea gradului afectării funcţionale
- boală pulmonară cronică obstructivă
- stabilirea limitării la efort şi evaluarea altor posibili factori contributivi, în special asocierea bolii cardiace ischemice
- determinarea gradului hipoxemiei şi necesităţii prescriptiei oxigenoterapiei
- când determinarea obiectivă a intervenţiei terapeutice e necesară şi nu poate fi obţinută adecvat de testele pulmonare funcţionale standard
- boală pulmonară interstiţială
- detectarea timpurie a afectării schimburilor gazoase
- monitorizarea schimbului gazos pulmonar
- determinarea gradului hipoxemiei şi necesităţii prescripţiei oxigenoterapiei
- determinarea factorilor potenţiali de limitare la efort
- documentarea răspunsului terapeutic la o terapie potenţial toxică
- boală pulmonară vasculară (analiza atentă risc/beneficiu)
- fibroză chistică
- bronhospasm indus de efort

5. Aplicaţii clinice specifice

- evaluarea preoperatorie
- rezecţie pulmonară
- chirurgie abdominală majoră la pacient vârstnic
- rezecţie pulmonară pentru emfizem
- prescrierea programului de reabilitare
- evaluarea pretransplant pulmonar sau cord- pulmon

CPET se poate efectua pe:

- covor rulant
- bicicletă

Există două tipuri de testări:

- incrementale
- constante (folosite în special pentru monitorizarea răspunsului terapeutic)

Se realizează măsurători de bază, în repaus:

- spirometrie
- ECG
- Pulsoximetrie
- consum de O2
- producţie de CO2

Pe parcursul testului pacientul va fi monitorizat electrocardiografic şi din punct de vedere al schimburilor gazoase.

CPET permite aprecierea noninvazivă a consumului de oxigen (VO2) şi a producţiei de dioxid de carbon (VCO2). Consumul maxim de oxigen (VO2 max) sau capacitatea aerobă este definită ca valoarea atinsă când VO2 rămâne stabil în pofida creşterii intensităţii efortului. În cursul exerciţiului muscular VO2 creşte proporţional cu creşterea efortului până la o valoare la care relaţia se aplatizează. VO2 max este indicatorul cel mai fidel al capacităţii de efort fizic al unei persoane.

Pragul anaerob reprezintă nivelul de efort la care musculatura generează cantităţi importante de acid lactic prin devierea anaerobă a metabolismului datorită epuizării ofertei tisulare de O2. Prin tamponarea lactatului în exces de către bicarbonatul plasmatic se generează CO2 şi apare hiperventilaţia reflexă. Pragul anaerob indică nivelul maxim de efort la care sistemul cardio- pulmonar poate asigura ţesuturilor o cantitate suficientă de O2 pentru desfăşurarea aerobă a metabolismului musculaturii scheletice. Majoritatea activităţilor zilnice se desfasoară la activităţi inferioare pragului de anaerobioză. Pragul de anaerobioză poate fi crescut prin antrenament, crescând capacitatea pacienţilor de a efectua activităţi susţinute la nivel submaximal, îmbunătăţindu-le calitatea vieţii.

CPET este folosită pentru prescrierea programelor de reabilitare cardiovasculară.

În concluzie, măsurătorile variate efectuate în timpul testării cardio-pulmonare de efort permit evaluarea obiectivă a capacităţii de efort, determinarea factorilor limitativi la efort, definirea mecanismelor fiziopatologice subiacente (ca de exemplu contribuţia etiologiei cardiace versus respiratorii în boli coexistente), detectarea timpurie a diverselor boli (ischemie), aprecierea obiectivă a indicilor de performanţă pentru monitorizarea progresiei bolilor şi răspunsului lor la tratament.

Ești rezidentul în Pneumologie **din România?**

Claudia Bîlha, *MD, PhD, FCCP*
Dr. med. Medicină Internă
Medic primar Pneumologie,
Spitalul Județean Suceava;
Licențiată în Kinetoterapie,
Lector univ. Dr. Facultatea de Educatie Fizica și Sport, Kinetoterapie, DSDU
Universitatea „Ștefan cel Mare" Suceava
claudiabilha@yahoo.com • claudiabilha@usv.ro

Este o scrisoare. Destinatarul este desemnat. Expeditorul este un pneumolog a cărui experiență medicală se măsoară în decenii: 30 de ani, medic numai în România, dintre care 23 ca pneumoftiziolog în provincie. S-ar putea să fie și alți beneficiari ai scrisorii, pe lângă destinatar și expeditor: pacienții noștri și familiile lor.

După terminarea facultății ce cuprinde studiul didactic al (prea?) multor discipline, după un concurs de rezidențiat încheiat cu succes, iată că ai de aprofundat (doar) aparatul respirator, sub-laringian. O materie pe care - probabil – ai considerat-o frumoasă și în facultate. Toracele este plasat în jumătatea superioară a corpului, respirația este funcție vitală, plămânii proprii trebuie păstrați, deoarece în România nu se trasplantează, etc. Știi că studiul Pneumologiei este de folos.

Încep primele luni și apoi anii de pregătire în specialitate în Clinicile de Pneumologie. Din nou, cursuri, dar acum și muncă fascinantă, plină de surprize, „la patul bolnavului". Apar cazurile interesante ce vor fi prezentate cu diferite ocazii. Adie deja, premonitor, responsabilitatea ce va încărca viitoarea ta activitate, cea care se va desfășura fără ghid, sub ploile, vijeliile și cutremurele vieții. Totul guvernat de imprevizibil.

Poate vei avea stagii și la Dispensarul TBC. Cred că nu ți se va părea prea atrăgător. Nu cred că vei simți în acele vizite întreaga diversitate și specificul muncii de dispensar. Poate va fi timp să-ți povestească „cei vechi" câte ceva. Exemple din viața pitorească a unor pacienți și a unor comunități cu aură de nuvelă (să nu scriu „roman" sau – mai actual – „telenovelă") sau a unor medici predecesori, legendari. Unul dintre aceștia, Doctorul Holca, de la Suceava, a spus cândva, parafrazând: „Tuberculoza nu este a mea, nu este a voastră, ci a urmașilor urmașilor voștri".

Ei, da. În titlu este Pneumologia, numele specialității, și iată că mă refer la Tuberculoză, o boală. Capitolele din Pneumologie par separate de cele de Ftiziologie, în mod didactic, iar în practică pare mai elegantă patologia non-bacilară, iar pacienții cu tuberculoză pulmonară sunt deseori din categoria celor fără locuință, serviciu, familie, buletin, etc. În plus, contribuie la expunerea noastră profesională la TB, în compensare având – deocamdată – un spor salarial de periclitate. Această boală este dominantă epidemiologic, avem mereu câțiva bolnavi cu tuberculoză, astfel încât este firesc să ajungi maestru de talie mondială în diagnosticarea ei. Și totuși persistă dificultățile de diagnostic diferențial, așa că până și tu, drag rezident instruit în Pneumologie, te vei întreba, așa cum ai auzit că se întâmplă:TB or not TB?

Dar, de-a lungul istoriei, aflăm despre mulți oameni minunați care au avut maladia și s-au vindecat sau au murit de tuberculoză: sfinți, preoți, doctori, vindecători, artiști, etc. Și atunci, parcă, ftiziologia se îmbogățește cu dimensiuni mai profunde.

Ce așteptăm de la voi, deoarece noi nu am rezolvat: Profilaxie reală, diagnostic rapid și specific, limitarea chimiorezistenței, fonduri suficiente, medicamente noi și eficiente, alte metode de tratament.

Altă viziune asupra relației omului cu microbul, a omului cu boala, a omului cu viața.

Poate voi veți ști să valorificați și inspirația individuală salutară, și totodată să beneficiați și de diviziunea muncii, de avantajele existenței unei echipe. Solitar și solidar. Poate la voi va funcționa mai bine igiena relațiilor inter-personale pe toate planurile: colegial, profesional (față de pacienți), social, familial. Poate voi veți fi într-adevăr oameni ai cetății, care să slujească cu devotament nu doar un pacient sau un grup de pacienți, ci întreaga comunitate locală și planetară.

Cred că veți avea o minte ageră și receptivă selectiv față de ceea ce este bun, frumos și util. Că veți analiza realitatea și nu doar închipuirea voastră despre ce știți voi că există. Că veți avea înțelepciunea să știți că fiecare om are acces doar la o mică parte de cunoaștere și – cu această smerenie – veți valorifica cu bucurie noi și noi oportunități. Că veți cerceta și abia apoi veți emite sentințele, justificate. Fără blocaje și orgolii la umbra cărora nu crește nimic.

Veți citi cărțile de pneumologie. Veți dori să le scrieți pe cele care să evidențieze specificul românesc al acestei specialități. Pneumologia românească are nevoie de tratate elaborate de voi. Veți practica. Veți fi ca în proverbul: a studia hărți, fără a naviga, sau a naviga, chiar fără hartă. Și – se spune - mai bine să navighezi, să practici, să trăiești, chiar fără ghidaj perpetuu. Dacă vei auzi simfonia naturii, după ce vei citi conștiincios din cărțile de pneumologie, atunci vei ști că viața este neînchipuit mai bogată decât poate fi redată în cărți. Poate vei avea înțelepciunea să aprofundezi etiopatogenia bolilor și să abordezi noi mijloace terapeutice individualizate. Medicina integrativă reprezintă o etapă utilă și se poate dezvolta concomitent cu virtuozitatea stăpânirii unor practici/tehnici specifice concrete.

Vei ști tot mai mult, vei afla, experimenta, vei extrage din practică informații care ar trebui să completeze tratatele (reci, algoritmice, pragmatice). Vei trăi complex, te vei dezvolta, și - chiar dacă nu vei avea imboldul creator de a scrie una sau mai multe cărți de pneumologie care să exprime substanța adevărului – vei simți și te vei bucura de darul vieții și al timpului.

Sigur, vei manifesta bunătate față de bolnavi, vei fi empatic și generos, ca orice doctor. Dar tu îți vei da seama că și colegii tăi merită același tratament. Ceilalți medici, asistentele și infirmierele sunt coechipierii tăi permanenți pe nava zbuciumatei vieți profesionale.Vei avea mereu parte, ca medic, și de întâlnirile luminoase, fructuoase, pe multiple planuri, de la simpozioane, congrese, ateliere de lucru.

Dacă vei avea inspirație și har, poate că nu vei simți dihotomia dintre activitatea profesională și familie. Nu vei simți că una fură din timpul și dedicarea celeilalte. Poate că vei armoniza aceste două mari sectoare din existența ta. Dacă vei avea noroc, cei din familie vor înțelege de ce vii așa de puțin timp și prea obosit acasă, nu îți vor reproșa niciodată … și vor proceda la fel. Copiii tăi, la vremea potrivită, vor alege un drum similar, justificându-ți devotamentul exogen. Ce faci altora, ție și alor tăi faci.

În această scrisoare îmi propusesem să semnalez clar și dur ce ne lipsește, pentru ca tu, tânăr rezident în Pneumologie, să compensezi și să dezvolți. Se pot citi și acestea, dar filtrate prin lumina duioșiei. Căci omul este mai mult decât uniunea sacră și armonioasă dintre suflet, minte și trup.Trupul fiind în același timp:materie („medicina bazată pe dovezi" materiale) și energie (știută de unii și nevăzută în mod obișnuit). Dar oricine știe că există mai mult decât putem noi să vedem. De aceea, drag rezident în Pneumologie, de fapt, îți urez să muncești și să trăiești cu iubire!

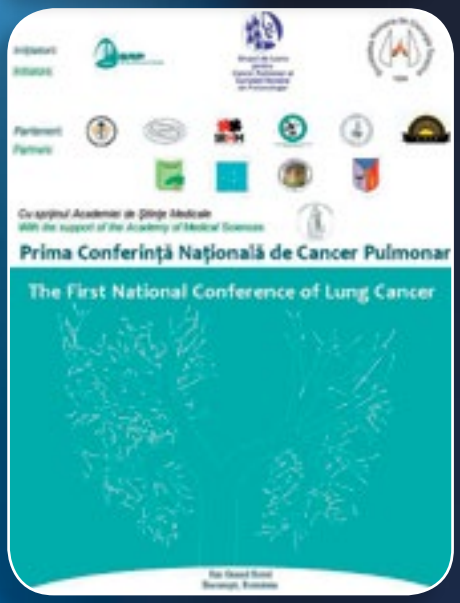
Dinamismul unei asociații profesionale
– educație medicală continuă –
– educație pentru publicul larg –

Organizator Ştiinţific
SRP
A doua Conferinţă Naţională
Managementul Bolilor Pulmonare
12-13 octombrie 2012, Bucureşti
Management Eveniment
Sănătatea
PRESS GROUP

EUROPEAN
SMOKING
CESSATION
GUIDELINES
ENSP QS

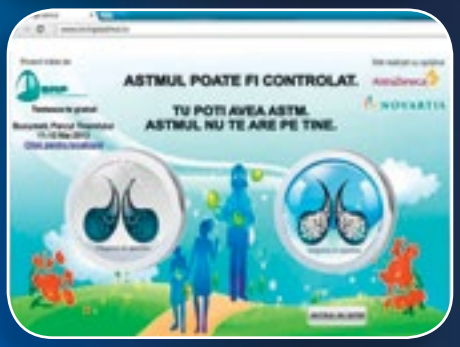
4 ÈME SEMINAIRE DE L' ESPACE
FRANCOPHONE DE PNEUMOLOGIE
AL 4-LEA SEMINAR AL SPAŢIULUI
EUROPEAN FRANCOFON

Înscrie-te la
A doua Conferinţă Naţională
Managementul Bolilor Pulmonare
Asociaţii de pacienţi - Autorităţi - Medici
12-13 Octombrie 2012, Bucureşti
World Trade Center, sala New York
Intrarea gratuită
în limita locurilor disponibile
Înscrieri şi detalii:
www.bolipulmonare.ro


Prima Conferinţă Naţională de Cancer Pulmonar
The First National Conference of Lung Cancer

SRP
CONFERINŢA NAŢIONALĂ DE SOMNOLOGIE
Tulburările somnului
şi patologia respiratorie
www.conferintasomnologie.ro
13-15 iunie 2013
SIBIU
Hotel Continental

SIMPOZIONUL NAŢIONAL CU PARTICIPARE
INTERNAŢIONALĂ
Bolile inflamatorii cronice
în contextul
stilului de viaţă modern


ASTMUL POATE FI CONTROLAT.
TU POŢI AVEA ASTM.
ASTMUL NU TE ARE PE TINE.
NOVARTIS

Societatea Română de Pneumologie,
Secţiunea Fiziopatologie Respiratorie vă invită la
SRP
A IV-a CONFERINŢĂ NAŢIONALĂ
DE FIZIOPATOLOGIE RESPIRATORIE
9-10 noiembrie 2012
Tulip Inn Sunny Hill,
Cluj-Napoca.
Conferinţa este creditată de
Colegiul Medicilor.

ESRS
European Sleep Research Society
Sleep Research and Sleep Medicine in Europe
ESRS
Committees & Networks
Education & Career
Publication & Standards
Membership & Services
Conferences & Events
Media
ESRS Wake-Up Bus Sleep Study
Please chose your language below to begin the survey.

Diagnosticul și tratamentul

Bronșita acută este o patologie frecventă, pe care o întâlnim în ambulatoriile de pneumologie, în special în sezonul de toamnă, iarnă și primăvară, predominant la tineri și persoanele în vârstă. Deși, pare o patologie ușor de tratat de către medicul de familie, totuși pacienții ajung după o saptămână sau două de tratament la medicul specialist.

Tabloul clinic al bronșitei acute include: tuse, expectorație productivă, wheezing și simptome ale infecţiei tractului respirator superior (rinoree, obstrucţie nazală, respiraţie orală), incluzând cefaleea, mialgiile și starea generală proastă. Febra poate fi prezentă la unii pacienţi cu bronșită acută; prelungirea febrei sau febra înaltă poate sugera o complicaţie a bronșitei, pneumonia sau o infecţie cu virus gripal. Mulţi pacienţi cu bronșită acută pot avea și traheită acută.

Bronșita acută este o boală cu prevalenţă ridicată și este una din cauzele cele mai frecvente ale vizitelor pacienţilor la medicul de familie. Aproximativ 5% din adulţi raportează un episod de bronșită acută, în fiecare an cu o incidenţă ridicată în sezonul de toamnă și iarnă. Atacurile recurente ale bronșitei acute la o persoană sănătoasă sunt neobișnuite și în alte condiţii, în particular astmul, trebuie luate în consideraţie.

Etiologia

Etiologia virală este cauza principală a bronșitelor acute într-un procent de 90% din cazuri. Virusurile gripale A și B sunt cei mai frecvenţi germeni izolaţi la pacienţii cu bronșită acută necomplicată. Această cauză este asociată cu debut acut cu febră, frisoane, cefalee, dureri musculare și traheobronșită. Este frecventă în contextul epidemiologic sezonier. O altă etiologie frecvent întâlnită este dată de virusurile paragripale cele mai frecvente în sezonul de toamnă și în îngrijirile de la domiciliu a pacienţilor în vârstă. Prezenţa crupului la copiii sugerează infecţia cu virus paragripal. Infecţia cu virus respirator sinciţial este frecventă la copii cu vârsta de sub 1 an și la pacienţii în vârstă din căminele de bătrâni, cu izbucniri în sezonul de iarnă sau primavară. Istoria familială este importantă în aceste cazuri. Rinovirusurile și enterovirusurile pot cauza infecţii ușoare. Alte etiologii sunt coronarovirusurile, ce cauzează simptome respiratorii severe la pacienţii în vârstă și adenovirusurile ce cauzează o infecţie clinică similară gripei. Infecţiile multiple virale sunt detectate în 30% din episoadele de bronșită acută. Rolul bacteriilor în infecţiile ce cauzează bronșita acută continuă să fie controversat. Speciile bacteriene implicate frecvent în pneumonia comunitară acută sunt izolate din spută la o minoritate de pacienţi cu bronșită acută. Streptococcus pneumoniae, H. Influenzae, Moraxella catarrhalis au fost izolate în sputa recoltată la 45% din pacienţii cu bronșită acută, dar rolul acestora este dificil de evaluat datorită potenţialului mare de colonizare orofaringiană la indivizii sănătoși. Biopsia bronșică nu a arătat o invazie bacteriană. Bacteriile atipice de tipul Mycoplasma pneumoniae, Bordetella pertusis și Chlamidia pneumoniae sunt cauze importante în etiologia bronșitelor acute. Infecţia cu Mycoplasma pneumoniae prezintă o perioadă de incubaţie de 2-3 săptămâni cu simptome graduale în 2-3 zile, fiind identificate în colectivităţile de studenţi și la recruţii militari. B. Pertusis are o perioadă de incubaţie între 1-3 săptămâni și afectează în special adolescenţii și adulţii tineri. Prevalenţa pertusis este în scădere datorită campaniei de vaccinare. În ultimii ani, prevalenţa pertusis a crescut ușor, numărând 1-6% din cazurile de bronșită acută.

Tratament

Tratamentul care va fi descris mai jos va fi pentru bronșitele acute necomplicate la pacienţii anterior sănătoși, care nu au comorbidităţi, ca: insuficienţa cardiacă, BPOC, boli imunosupresive, etc.

A. Tratamentul simptomatic

Se adresează simptomelor respiratorii predominente, tusei și wheezingului. Terapia include frecvent: antitusive, expectorante, mucolitice, antihistaminice, decongestionante, analgezice, antiinflamatorii nesteroidiene, bronhodilatatorii b2 agoniști sau terapii alternative. Aceste medicamente pot fi obţinute din farmacii fără prescripţie medicală.

Antitusive

Acestea nu sunt recomandate pt utilizarea de rutină la pacienţii cu bronșită acută, fiind recomandată la adulţi și nu la copii. Preparatele antitusive pot conţine diferite droguri cu o varietate de moduri de acţiune. La noi în ţară sunt disponibile preparate pe bază de codeină, care se administrează numai pe bază de reţetă medicală securizată și în special la adulţi, iar la copii se poate utliza un produs fără efecte adverse la nivel central. Tratamentul antitusiv ar trebui recomandat pe perioadă scurtă de timp și în special la pacienţii cu tuse chinuitoare.

Expectorante și mucolitice

Acestea pot fi indicate la pacienţii cu secreţii bronșice. În străinătate se recomandă guaifenesinum în doze de 600-1200mg/zi, iar la noi în ţară sunt produse cu acestă substanţă sub formă de siropuri. De asemenea se pot administra și mucolitice.

Decongestionante și antihistaminice

Decongestionantele nazale se adresează în special pt infecţia de tract respirator superior și care pot duce la o vindecare rapidă atât a infecţiei de la nivelul tractului respirator cât și a bronșitei acute. La acest tratament în ultimii 10 ani s-a adaugat și medicaţia antihistaminică atât pe cale orală, ducând la o reducere a intensităţii tusei, cât și pe cale nazală în asociere cu decongestionante nazale.

Analgezice și antiinflamatoare nesteroidiene

Analgezicele și antiinflamatoarile nesteroidiene sunt prescrise pentru scăderea febrei, cefaleei, durerilor musculare, durerilor toracice, tusei. Într-un studiu clinic realizat de italieni, Girbino și colaboratorii, au demonstrat o regresie mult mai rapidă a inflamaţiei bronșice la subiecţii trataţi cu amoxicilină și antiinflamatorii nestoroidieni în comparaţie cu alţi pacienţi trataţi numai cu antibiotic.

Bronhodilatatori

Bronhodilatatorii de tip b2 agoniști inhalatori sunt recomandaţi la pacienţii cu whe-

în bronșita acută

ezing, cu astm bronșic ducând la rezoluția simptomelor, deasemenea pacienților cu hipereactivitate bronșică declanșată de infecția cu virusuri și bacterii atipice. Bronhodilatatoarele b2 agoniști: sunt recomandate formele cu administrare inhalatorii și mai puțin formele orale datorate efectelor adverse sistemice minore față de celelalte. Pacienții cu bronșită acută pot avea bronhospasm iar tratamentul cu bronhodilatator poate fi eficient.

Remedii naturiste

Remediile naturiste existente pe piața românească de tip echinaceea, siropuri pe bază de plante chinezești sau indiene, mierea, ceaiurile pot fi recomandate. Ele au efect antiviral, antitusiv, antiasmatic, antipiretic.

B. Tratamentul antimicrobian

Cunoscând faptul că, etiologia bronșitei acute este în 90% din cazuri virală, pacientul nu va beneficia de tratament antiviral, decât atunci când se suspectează o infecție de tip gripal. Deși infecțiile bronșice sunt cauzate de virusuri în cea mai mare majoritate a pacienților, se constată că 2/3 din aceștia, în țările vestice, beneficiază de tratament antibiotic, pacienții așteptând o prescripție medicală cu antibiotice. Într-un sondaj realizat în rândul pacienților, s-a arătat că 55% din ei cred în eficiența tratamentului infecțiilor de tract respirator superior și 25% cred în eficiența tratamentului infecțiilor de tract respirator inferior.

În lume există foarte multe studii efectuate pe pacienții cu bronșită acută care au primit tratamente antibiotice pe o perioadă scurtă: 6 zile și pacienții cu bronșită acută care au primit placebo 7 zile. Rezultatul acestor studii au dus la o revenire clinică mult mai bună, la o reducere a tusei productive și în special tusei nocturne, la o reducere a nr de zile de boală. Totuși procentul efectelor adverse a fost crescut la pacienții tratați cu antibiotic față de cei placebo. Cele mai frecvente reacții adverse ale antibioticelor au fost: simptomele gastrointestinale: greață, vărsături, diaree.

Ghidurile recent adoptate de către Societatea Europeană Respiratorie, Societatea Americană de Boli Infecțioase și Institutul Național de Sănătate al Marii Britaniei nu recomandă utilizarea de rutină a antibioticelor în bronșita acută necomplicată la persoanele sănătoase anterior. Argumentele împotriva utilizării antibioticelor în bronșita acută sunt: costurile ridicate, existența efectelor adverse ale acestora, dobândirea rezistenței microbiene și promovarea vindecării. Datorită riscului de rezistență antibiotică și infecției cu Clostridium difficile în comunitate, antibioticele nu ar trebui recomandate de rutină în bronșitele acute, în special la pacienții tineri la care s-a exclus tusea convulsivantă.

Câteva studii realizate în SUA și în țările europene, în special la medicii de familie, au arătat o creștere a prescriptiei medicale de antibiotice la pacienții cu bronșită acută cu expectorație purulentă de culoare galbenă sau verde față de pacienții cu tuse seacă sau tuse productivă cu expectorație mucoasă. Schimbarea culorii sputei este cauzată de o peroxidază eliberată de leucocitele din spută, de aici culoarea sputei nu poate fi considerată indicativ al infecției bacteriene. Altiner și colab. au obținut probe de spută de la 241 de pacienți cu tuse acută și au găsit 136 de probe de spute colorate galben și verde, din care numai în 28 de probe s-au identificat germeni patogeni prin realizarea culturilor. Sensibilitatea sputei galbene sau verde ca test al infecției bacteriene a fost de 0,79 (95% CI 0,6-0,9) și specificitatea a fost de 0,46 (95% CI 0,04-0,5). O altă explicație în prescripția de antibiotice este lipsa de diferențiere între bronșita acută și bronșita cronică, de aici prescrierea frecventă la pacienții fumători de către clinicieni.

Deși terapia antimicrobiană nu este recomandată de rutina la pacienții cu bronșită acută, totuși există câteva situații:

- Agenții antimicrobieni ar trebui prescriși la pacienții cu bronșită acută care sunt foarte bolnavi;
- Agenții antimicrobieni ar trebui prescriși la pacienții în vârstă de peste 65 ani care prezintă comorbidități serioase, ca de pildș: insuficiența cardiacă, diabet zaharat insulinonecesitant și/sau probleme neurologice;
- Agenții antimicrobieni ar trebui prescriși la pacienții unde se suspicionează un agent patogen: la pacienții unde se suspicionează pertusis ca etiologie a tusei este recomandată inițial macrolidele pt a limita transmiterea bolii, chiar dacă nu există un suport în evidența acestora;
- Medicația antibiotică ar trebui prescrisă la cazurile de bronșită acută care se complică cu pneumonie bacteriană sau în cazurile selectate a exacerbărilor acute la pacienții cu BPOC;
- Medicația antibiotică prescrisă la pacienții cu bronșită acută au dus la scăderea riscului de pneumonie la pacienții cu vârsta de 65 ani și peste.

Reducerea prescrierii antibiotice inutile la pacienții cu bronșită acută ar trebui încurajată de către medici printr-o mai bună comunicare cu pacientul prin explicarea bolii, în special a persistenței tusei până la 3 săptămâni ; explicarea că nici un tratament nu duce la o reducere a simptomelor, iar medicația antibiotică nu duce la reducerea duratei simptomelor, ci din contră pot cauza efecte adverse și rezistență microbiană. Cals și colaboratorii au arătat o scădere dramatică în prescrierea antibioticelor în medicina primară prin utilizarea CRP (protein C reactivă) în ghidarea managementului antibiotic în infecțiile de tract respirator inferior, observându-se o reducere a prescripției de la 53% la 31% într-un studiu și de 56,6% la 43,4% în alt studiu. Utilizarea rapidă a testului CRP în medicina primară poate duce la diferențierea între bronșita acută și pneumonie, poate ajuta medicul în decizia de a introduce antibiotic la pacienții cu bronșită acută dar care poate evolua către o pneumonie bacteriană. Tot în reducerea prescrierii de antibiotice un rol important îl are educația pacientului prin materiale, broșuri adresate acestuia prin care să se explice diagnosticul, evoluția bolii și eventual complicațiile bolii.

Dr. Geamănu Anca Raluca
Medic primar pneumolog, competență în exploarea funcțională respiratorie și tabacologie
Secția Pneumologie a Spitalului Municipal Teodor Andrei Lugoj, jud. Timiș

Bibliografie:

1. Francesco Blasi si Marc Miravitlles, The Spectrum of Bronchial Infection, European Respiratory Monograph 2013,pag 1-12;
2. Woodhead M, Blasi F, Ewig S si colab, Guidelines for management of adult lower respiratory tract infections- full version, Clin Microbiol Infect 2011; 17; Suppl.6, E1-E59;
3. Butler CC, Kelly MJ, Hood K si colab, Antibiotic prescribing for discoloured sputum in acute cough/lower respratory tract infection Eur Respir J 2011; 38; 119-125;
4. Agenda medicala 2013;
5. Miron Bogdan si colab, Pnemologie, 2008, pag 1-20;
6. G. Bouvenot, B Devulder, L. Guillevin si colab, Pneumologie 1998, pag 117-122

15 ANI
Editura Fin Watch
de presă medicală!
Supliment Alergologie
2013 MEDICAL
Supliment ATI 2013
MEDICAL
Supliment Ginecologie
2013 MEDICAL
Medicină de laborator
2013 MEDICAL
MEDICINĂ DE FAMILIE
2013 MEDICAL
Medicină Internă
2013 MEDICAL
Supliment Chirurgie
2013 MEDICAL
Supliment Pediatrie
2013 MEDICAL
Supliment Urologie
2013 MEDICAL
2013 MEDICAL
Wellness,
Spa & Fitness

Înscrie-te la

A III-a Conferință Națională Managementul Bolilor Pulmonare

Asociații de pacienți - Autorități - Medici

18-19 octombrie 2013, București

Crowne Plaza

Evenimentul va fi creditat cu puncte EMC

Intrarea gratuită

pe baza înscrierii pe site

în limita locurilor disponibile

Înscrieri și detalii:

www.bolipulmonare.ro

Președinte conferință:

Prof.univ.dr. Florin Mihălțan

Președinte interimar

Societatea Română de Pneumologie

Management Eveniment

Sănătatea PRESS GROUP

Organizator Științific

SRP

Clenil jet

beclometazonă 250 mg

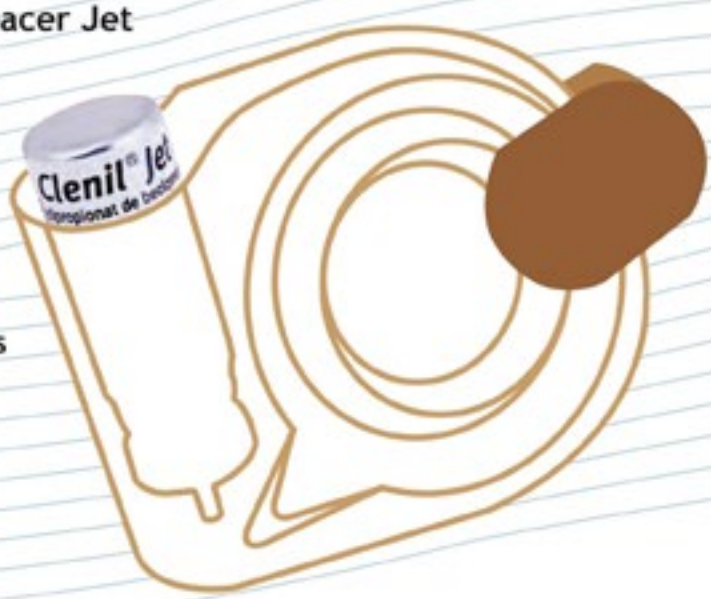
Soluție de inhalat presurizată prevăzută cu Spacer Jet

Tehnologia Chiesi Modulite®

- Permite modularea dimensiunii particulelor
- Îmbunătățește inhalarea beclometazonei la nivel pulmonar prin creșterea cantității de particule fine eliberate

Singurul corticosteroid inhalator cu spacer Jet inclus

- Îmbunătățește coordonarea pulverizare-inspir
- Reduce depunerea orofaringiană



Proiectat pentru a fi în ritm cu plămânii.

Referințe: Respiratory Medicine, Volume 96, Supplement 4, August 2002, Pages S3-S8. Modulite®: a means of designing the aerosols generated by pressurized metered dose inhalers. D. Gonderton, D. Lewis, R. Davies, B. Meakin, G. Brambilla, T. Church, B. Meakin, G. Brambilla, T. Church.

CLENIL® JET 250 mcg, soluție de inhalat presurizată - Informațiile esențiale din Rezumatul Caracteristicilor Produsului

Compoziția: O doză soluție de inhalat presurizată conține dipropionat de beclometazonă 250 mcg. Indicații terapeutice: pentru tratamentul astmului bronșic persistent, forme moderate și severe, în special la următoarele grupe de pacienți: pacienți la care apar crize diurne frecvente (mai mult de 2-3/pe săptămână) și cu crize nocturne mai mult de 2/lună în ciuda utilizării periodice a bronhodilatatoarelor; pacienți care necesită tratament cronic cu medicamente antiastmatice, în special dacă dozele de bronhodilatatoare trebuie crescute periodic; pacienți tratați cu glucocorticoizi sistemici, în cazul în care se dorește reducerea dozei sau întreruperea administrării orale a glucocorticoizilor. Doze și mod de administrare: Adulți: doza recomandată inițial este de 500 mcg dipropionat de beclometazonă (2 doze) de 2 ori/zi. Dacă se consideră necesar, doza poate fi fracționată la 250 mcg (o doză) de 4 ori/zi. În cazul în care este necesar, doza poate fi crescută la 500 mcg dipropionat de beclometazonă (2 doze) de 3-4 ori/zi. Tratamentul cu Clenil Jet 250 mcg nu trebuie întrerupt brusc. Copii: nu se recomandă administrarea Clenil Jet 250 mcg la copii. Contraindicații: Hipersensibilitate la dipropionat de beclometazonă sau la oricare dintre excipienții produsului. Atenționări și precauții speciale: Pacienții trebuie instruiți corespunzător pentru utilizarea corectă a dispozitivului. Pacienții trebuie avertizați că produsul nu este destinat tratamentului crizelor de astm bronșic și stării de rău astmatic; de asemenea, ameliorarea stării clinice nu trebuie să ducă la modificarea dozelor, fără recomandarea medicului curant. La pacienții la care se administrează tratament cu glucocorticoizi sistemici, sunt necesare prudență și monitorizare medicală adecvată deoarece reactivarea funcției corticosuprarenalei, supresate de tratamentul cu corticosteroizi sistemici, se face lent. În orice caz, tratamentul cu dipropionat de beclometazonă sub formă inhalatorie trebuie început în faza stabilă a bolii, după administrarea de glucocorticoizi sistemici. Inițial, Clenil Jet 250 mcg este administrat concomitent cu tratamentul cu glucocorticoizi sistemici, a căror doză trebuie redusă treptat, monitorizând în mod regulat pacienții (în special, în ceea ce privește funcția corticosuprarenaliană); dozele de Clenil Jet 250 mcg se vor ajusta în funcție de rezultatele obținute. Pacienții trebuie informați că produsul conține cantități mici de etanol și glicerină. Aceste cantități sunt, însă, neglijabile și nu reprezintă un risc pentru pacienții care respectă schema terapeutică recomandată. Cu toate acestea, datorită prezenței etanolului, produsul trebuie administrat cu precauție la pacienți cu afecțiuni hepatice, alcoolici, epilepsie, afecțiuni cerebrale. Este necesară prudență deosebită la pacienți cu tuberculoză pulmonară activă sau inactivă. În caz de infecții bronșice sau bronhoree abundentă este necesar un tratament adecvat pentru a permite difuzia optimă în căile respiratorii. Produsul poate pozitiva testele antidoping. Interacțiuni: Clenil Jet 250 mcg conține o cantitate mică de etanol. Teoretic, există posibilitatea apariției de interacțiuni, în special la pacienți cu hipersensibilitate la care s-au administrat disulfiram sau metronidazol. Sarcina și alăptarea: La gravide, Clenil Jet 250 mcg se administrează numai dacă este absolut necesar și sub supraveghere medicală atentă. La om, există date insuficiente cu privire la siguranța administrării beclometazonei sau norfluranului (HFA 134-a). În timpul sarcinii și alăptării, administrarea produsului se va lua în considerare numai dacă beneficiile pentru mamă depășesc riscurile potențiale fetale. Testele efectuate la animalele gestante au arătat că administrarea dipropionatului de beclometazonă poate determina tulburări ale dezvoltării intrauterine a fătului, de exemplu, palatoschizis sau întârzieri de creștere intrauterină. Aceste afecțiuni au apărut ca rezultat al administrării sistemice de doze mari de glucocorticoizi. Administrarea topică, inhalatorie la om a dipropionatului de beclometazonă, nu determină reacții adverse sistemice caracteristice tratamentului sistemic cu glucocorticoizi, deoarece medicamentul acționează numai local, la nivelul țesutului pulmonar. Totuși, copii născuți de mame la care s-au administrat inhalator, în timpul sarcinii, doze mari de glucocorticoizi, trebuie monitorizați pentru a se depista o eventuală scădere a funcției corticosuprarenaliene. Este puțin probabil ca, după administrarea inhalatorie la dozele recomandate, dipropionatul de beclometazonă să atingă concentrații semnificative în laptele matern. Cu toate acestea, la femeile care alăptează, în cazurile în care se are în vedere administrarea dipropionatului de beclometazonă inhalator, trebuie analizate cu mare atenție raportul risc/beneficiu. Studiile clinice cu norfluran (HFA 134-a) efectuate la animale, asupra funcției de reproducere și a dezvoltării embriofetale, nu au evidențiat reacții adverse semnificative. De aceea, apariția unor astfel de reacții adverse la om, este puțin probabilă. Nu se cunosc date privind excreția norfluranului (HFA 134-a) în lapte. Dipropionatul de beclometazonă nu influențează capacitatea de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Reacții adverse: Ocazional, pot să apară micoze (candidoze) la nivelul cavității orofaringiene, care, în general, dispar prin tratament local antimicotic fără întruperea tratamentului. Apariția frecventă a acestor infecții, poate fi prevenită prin clătirea cu apă a cavității bucale după fiecare administrare. În cazuri izolate, au apărut disfonie și xerostomie. De asemenea, au fost raportate reacții alergice cum sunt erupții cutanate, urticarie, prurit, edem al pleoapelor, ochilor, feței, gurii și faringelui. În cazul administrării schemei terapeutice recomandate este puțin probabilă apariția reacțiilor adverse; cu toate acestea, pacienții trebuie monitorizați cu atenție în cazul tratamentului prelungit, pentru a depista la timp apariția unor reacții adverse sistemice (osteoporoză, ulcer gastric sau duodenal, manifestări clinice secundare insuficienței corticosuprarenale cum sunt hipotensiune arterială și scădere ponderală) și pentru a evita, în cazul apariției insuficienței corticosuprarenaliene acute, reacțiile adverse grave consecutive. Administrarea inhalatorie a unor doze mai mari (>1500 mcg dipropionat de beclometazonă pe zi) pentru o perioadă lungă de timp poate determina inhibarea funcției corticosuprarenalei. Ca și în cazul administrării inhalatorii a altor medicamente, poate să apară bronhospasm paradoxal. Supradozaj: În cazul administrării de doze prea mari de dipropionat de beclometazonă, poate să apară inhibiția temporară a axului hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenalian. În acest caz este necesară întreruperea tratamentului și instituirea unui tratament sistemic adecvat care să antagonizeze efectele de supresie a funcției corticosuprarenalei. Excipienți: Glicerol, etanol anhidru, norfluran (HFA 134-a). Valabilitate: 3 ani. A se păstra la temperaturi sub 30°C, ferit de lumină directă, căldură și îngheț, în ambalajul original. Cutie cu un flacon presurizat din aluminiu a 200 doze, prevăzut cu valvă dozatoare, introdus în dispozitivul de administrare de tip "spacer JET", cu capac. Instrucțiuni de administrare și manipulare: Reușita tratamentului depinde de utilizarea corectă a dispozitivului de inhalare. Înaintea primei utilizări sau dacă aceasta nu s-a efectuat timp de 3 zile sau mai mult, se îndepărtează capacul protector al piesei bucale, apăsând ușor părțile laterale și se pulverizează o dată în aer pentru a verifica funcționarea corectă a valvei. Pentru utilizare, trebuie respectate cu strictețe următoarele instrucțiuni: 1. dispozitivul de administrare de tip spacer Jet în poziție închisă; 2. se îndepărtează capacul protector al dispozitivului de administrare de tip spacer; 3. se expiră complet și se plasează piesa bucală ferm între buze; 4. în timpul unui inspir profund, numai pe gură, se apasă cu indexul o singură dată și se continuă inspirul (este posibil un inspir mai lung prin intermediul dispozitivului de administrare de tip spacer Jet. 5. După ce s-a efectuat un inspir complet, se ține respirația cât timp este posibil. După administrare, se acoperă dispozitivul de administrare de tip spacer Jet cu capacul aferent. Dispozitivul de administrare de tip spacer Jet va fi păstrat curat în permanență, spălarea realizându-se cu apă caldă, după scoaterea flaconului presurizat de aluminiu. Deținătorul APP nr. 4764/2004/01: Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 26/A 43100 Parma, Italia. Data autorizării: Septembrie 2004. Data revizuirii textului: Mai 2011.

Acest material promotional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Pentru informații complete despre produs, vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului.

003/CR/Clenil Jet/RO/10-2013

Chiesi Romania - Member of Chiesi Central Eastern Europe
Chiesi Romania SRL - 9 Transilvaniei - 010796 - București - România
Tel +40/21 202 36 42 - Fax +40/21 202 36 43
www.chiesi.ro - www.chiesi-cee.com - www.chiesigroup.com

Chiesi
People and ideas for innovation in healthcare