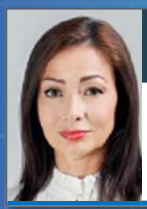
ALFASIGMA
DDS DIAGNOSTIC Cercetare. Producție. Suport.
ELTA'90MR More than Technology
INNERGY Inner balance for a quality life
LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL
Klintensiv®
Lantigen B
MedAZ Consumabile Medicale de la A la Z
Bio Predictive diagnosticul hepatic nemnvaziv prin biomarkeri serici Noninvasive Medical
Pfizer
Proton Impex 2000 SRL
Sanience
SANTE INTERNATIONAL S.A.
TOP DIAGNOSTICS

MEDICAL MARKET

Boli Infecțioase

Revista profesioniștilor din Sănătate • 2023 - 2024 • Publicație creditată B+ conform



Prof. Univ. Dr. Voichița Lăzureanu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș" din Timișoara

Prof. Univ Dr. Doina Azoicăi

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa" din Iași

Prof. Univ. Dr. Victoria Bîrluțiu

Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu

Prof. Univ. Dr. Irina Magdalena Dumitru

Universitatea „Ovidius" din Constanța

Prof. Univ. Dr. Sorin Rugină

Academia Oamenilor de Știință din România, Academia de Științe Medicale din România

Prof. Univ. Dr. Xenia Negrea

Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Conf. Univ. Dr. Carmen-Nicoleta Oancea

Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

As. Univ. Dr. Alice Nicoleta Azoicăi

UMF „Grigore T. Popa", Iași, Medic primar Pediatrie, Clinica a II-a Pediatrie, Spitalul Clinic Universitar de Copii „Sfânta Maria", Iași

INNERGY
Inner balance for a quality life

Levurin®

1 capsulă conține *Saccharomyces boulardii* 250 mg

Levurin – Probioticul de încredere cu multiple beneficii.

S. boulardii are o recomandare puternică ESPGHAN în:

- ✓ Diareea asociată tratamentului cu antibiotic
- ✓ Diareea acută infecțioasă
- ✓ Gastroenterita acută la copil

Se poate administra concomitent cu antibioticul, asigurând o complianță bună la tratament.

1-2 capsule/zi

Levurin® 12 Capsule

DERMOBACTER®

Digluconat de clorhexidina 0,2% • Clorura de benzalconiu 0,5%

Antisepsia *pentru toate situațiile.*

CHIRURGIE – TRAUMATOLOGIE • OBSTETRICĂ – GINECOLOGIE • DERMATOLOGIE

APLICARE:
NEDILUAT pe piele
DILUAT 1/10
pe mucoase.[3]

COMPLIANT WITH THE NF EN 13727 FRENCH AND EUROPEAN STANDARDS

DERMOBACTER®

REALIZAREA ANTISEPSIEI ȘI TRATAMENTUL ADJUVANT AL AFECȚIUNILOR CUTANEO-MUCOASE DE ETIOLOGIE BACTERIANĂ PRIMARĂ SAU CARE SE POT SUPRAINFECTA.

1 aplicare o data sau de doua ori pe zi, timp de 7 pâna la 10 zile urmata de clatire (pentru o îndepartare eficienta a materiilor contaminante).[3]

MADE IN FRANCE

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL

REPREZENTANȚA PENTRU ROMÂNIA:
Piața Charles de Gaulle, Nr. 2, Etaj 2, Sector 1,București
Tel: 00 21 230 20 44; Fax: 00 21 230 20 47;
E-mail: innotech.romania@innothera.com

- **Spectru larg bactericid** chiar și în prezența materiilor organice[1, 2]
- Activitate **fungicidă** (Candida albicans)[3]
- Activitate **virucidă** (virusuri încapsulate)[4,5]
- **Acțiune** rapidă și de **lungă durată**[3,6]
- Nu cauzează **fotosensibilizare**
- Nu **pătează**, nu **ustură**, **pH** similar pielii
- Potrivit utilizării la **gravidă** din **primul trimestru de sarcină** și **la femeia care alăptează***[3]
- Poate fi utilizat la **nou-născuți**#[3]

* Nu aplicați pe sâni • # Atenție, pentru copii născuți prematur consultați RCP-ul.

1. Salvatico S., et al. Bactericidal activity of 3 cutaneous/mucosal antiseptic solutions in the presence of interfering substances: Improvement of the NF EN 13727 European Standard? Med Mal Infect. 2015 Mar;45(3):89-94. **2.** Salvatico S, Feuillolay C, Jabbour V, Gouhier-Kodas K, Roques C. Representativeness of NF EN 1040/13727 assay conditions for in vitro bactericidal activity of a chlorhexidine digluconate and benzalkonium chloride preparation. Article en cours de publication. **3.** Rezumatul caracteristicilor produsului Dermobacter®, Noiembrie 2018. **4.** Rapport d'essai N°13-616. Etude 12 -1487/3 Détermination de l'activité virucide selon la méthodologie de la norme NF EN 14476+A1 (Janv 2007), virus H1N1. 2013. Données internes. Laboratoire Innotech International. **5.** Rapport d'essai N°14-684. Etude 14 -1625 Détermination de l'activité virucide selon la méthodologie de la norme NF EN 14476 (Sept 2013), virus VZV. 2014. Données internes. Laboratoire Innotech International. 6. Macias J.H., et al. (2013) Chlorhexidine is a better antiseptic than povidone iodine and sodium hypochlorite because of its substantive eff ect; American journal of infection control. 2013; 41 (7) : 634-637

Denumirea comercială a medicamentului Dermobacter 5 mg/2 mg/ml soluție cutanată. **Compoziția calitativă și cantitativă** Fiecare ml soluție cutanată conține clorură de benzalconiu 5 mg sub formă de clorură de benzalconiu soluție 50% 9,85 mg și digluconat de clorhexidină 2 mg sub formă de digluconat de clorhexidină soluție 20% 10,65 mg. **Forma farmaceutică** Soluție cutanată limpede, incoloră, puțin vâscoasă, care spumează la agitare. **Date clinice. Indicații terapeutice** Realizarea antisepsiei și tratamentul adjuvant al afecțiunilor cutaneo-mucoase de etiologie bacteriană primară sau care se pot suprainfecta. Agenții antiseptici conținuți nu sunt sterilizanți; aceștia reduc numai temporar numărul micro-organismelor. **Doze și mod de administrare** Numai pentru administrare cutaneo-mucoasă. Soluția se administrează nediluată sau diluată, o dată sau de două ori pe zi, timp de 7-10 zile. Soluția nediluată se administrează cutanat. Soluția diluată 1:10 se administrează la nivelul mucoaselor și trebuie preparată cu foarte puțin timp înainte de a o folosi și nu trebuie păstrată. Administrarea trebuie întotdeauna urmată de o clătire atentă. **Contraindicații** Hipersensibilitate la oricare dintre componentele medicamentului sau la substanțe înrudite. Nu se administrează la nivel ocular sau auricular; nu trebuie să pătrundă în canalul auditiv, mai ales dacă timpanul este perforat și nici nu trebuie să fie pus în contact cu țesutul nervos sau cu meningele. ***Acest medicament nu trebuie folosit pentru a dezinfecta echipamentul medical sau chirurgical.*** **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare** Deși absorbția cutanată este foarte redusă, substanțele active pot trece în circulația sistemică atunci când medicamentul se aplică pe o suprafață mai mare, sub pansament ocluziv, la nivelul leziunilor cutanate (în special în caz de arsuri) sau pe pielea nou-născuților prematuri sau a sugarilor (din cauza raportului suprafață/greutate și a efectului ocluziv al scutecelor). Contaminarea microbiană poate avea loc imediat după ce un medicament antiseptic a fost desigilat prima dată. **Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune** Administrarea concomitentă sau succesivă a antisepticelor anionice trebuie evitată. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea** În timpul sarcinii, poate fi administrat doar dacă este absolut necesar. Se recomandă aplicarea pe suprafețe cât mai mici, fără plăgi, fără pansamente ocluzive și pe o perioadă cât mai scurtă de timp. Medicamentul nu trebuie aplicat pe sâni în perioada de alăptare. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje** Nu influențează capacitatea de a conduce vehicule și de a folosi utilaje. **Reacții adverse:** senzație de uscăciune a pielii și a mucoaselor, care poate fi atenuată de o clătire atentă; ușoare iritații ale pielii la începutul aplicării; posibil eczemă de contact. Raportarea reacțiilor adverse suspectate Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul ANMDM http://www.anm.ro. **Supradozaj:** nu s-au raportat cazuri. **Proprietăți farmaceutice. Lista excipienților:** cocoalchildimetilbetaină (Amonyl 265BA), poloxamer 188, hidroxietilceluloză 10000 mPa.s., acid citric monohidrat, citrat de sodiu, apă purificată. **Incompatibilități** Medicamentul este incompatibil cu compușii anionici. Perioada de valabilitate 2 ani. **Precauții speciale pentru păstrare** A se păstra la temperaturi sub 25°C, în ambalajul original. Condiții de păstrare a soluției diluate: soluția diluată trebuie preparată imediat înainte de utilizare și nu trebuie păstrată dacă nu s-a efectuat administrarea. **Natura și conținutul ambalajului:** cutie cu un flacon din PVC de culoare brună care conține 125 ml sau 300 ml soluție cutanată. **Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor** Fără cerințe speciale. DAPP Laboratoire Innotech International, 22 Avenue Aristide Briand, 94110, Arcueil, Franța. APP nr. 7150/2014/01-02. Data revizuirii textului: Noiembrie, 2018.

„Medicina bazată pe dovezi (evidence based medicine) este piatra de temelie a medicinei moderne“ 6

Dinamica epidemiologică a infecțiilor cu virusul respirator sincițial și noi strategii de prevenție
Prof. Univ. Dr. Doina Azoicai,
As. Univ. Dr. Alice Nicoleta Azoicai 8

Infecția SARS CoV-2 complicată cu pericardită lichidiană
As. Univ. Dr. Turaiche Mirela,
As. Univ. Dr. Iulia Bogdan, Dr. Bianca Cerbu,
Dr. Mădălina Șuba, Dr. Nicolas Lungu,
Dr. Alexandra Aelenei, Dr. Adela-Teodora Benea 14

Hepatita cronică virală C - de la dezbateri și scrieri la proiecte care au salvat vieți!
Conf. Univ. Dr. Carmen-Nicoleta Oancea,
Asist. Univ. Dr. Anca Elena Duduveche 16

Gripa și manifestările clinice la copil și adult
Asist. Univ. Dr. Adelina Raluca Marinescu 20

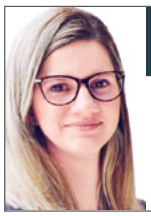
Infecția cu virusul hepatitic C
- la 34 de ani de la descoperire
Prof. Univ. Dr. Victoria Bîrluțiu 24

Rezistența la antibiotice și pandemia COVID-19
Prof. Univ. Dr. Irina Magdalena Dumitru
Prof. Univ. Dr. Sorin Rugină 26

Meningita otogenă
Dr. Miorița Toader 30

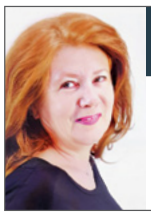
Craiova Connects, un concept care inspiră
Prof. Univ. Dr. Xenia Negrea 32

Copierea fără acordul scris al editurii a oricăror elemente de grafică sau conținut editorial apărute în revistele editurii sunt considerate furt de proprietate intelectuală și intră sub incidența legii.



Asist. Univ. Dr. Anca Elena Duduveche

Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova



Dr. Miorița Toader

Medic primar ORL, Dr. Șt. Med. Sp. Clinic de Urgență Pentru Copii „Grigore Alexandrescu“ București

As. Univ. Dr. Adelina Raluca Marinescu

Medic specialist boli infecțioase
Universitatea de Medicină și Farmacie
„Victor Babeș” din Timișoara

As. Univ. Dr. Turaiche Mirela

Clinica de Boli Infecțioase-Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș” Timișoara; Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara

As. Univ. Dr. Iulia Bogdan

Clinica de Boli Infecțioase-Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș” Timișoara; Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara

Dr. Bianca Cerbu

Medic primar, Clinica de Boli Infecțioase-Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș” Timișoara

Dr. Mădălina Șuba

Medic rezident, Clinica de Boli Infecțioase-Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș” Timișoara

Dr. Nicolas Lungu

Medic rezident, Clinica de Boli Infecțioase-Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș” Timișoara

Dr. Alexandra Aelenei

Medic rezident, Clinica de Boli Infecțioase-Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș” Timișoara

Dr. Adela-Teodora Benea

Medic rezident, Clinica de Boli Infecțioase-Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș” Timișoara

Consultant medical: Dr. Aurora Bulbuc, medic primar Medicină de familie
Editor
Calea Rahovei, nr. 266-268,
Sector 5, București,
Electromagnetica Business Park,
Corp 01, et. 1, cam. 4
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro
ISSN 2286 - 3443

TOP DIAGNOSTICS

BRUKER

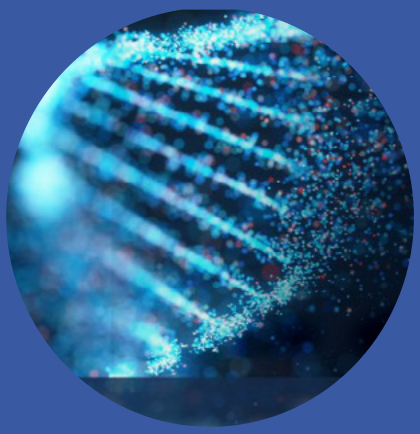
Soluții avansate pentru diagnosticul molecular al tuberculozei și al micobacteriilor nontuberculoase

FluoroCycler® XT este un sistem real-time PCR performant, de generație nouă, compatibil cu toate tehnologiile PCR cunoscute, pentru procesarea rapidă și automată a kiturilor **FluoroType®** și a altor aplicații PCR comerciale:

topdiag.com

FluoroType® MTBDR VER 2.0 este un test real-time PCR multiplex într-o singură reacție, ce permite detecția complexului M. tuberculosis și identificarea rezistenței la prima linie de antibiotice.

- Tehnologia inovatoare LiquidArray® permite detecția mutațiilor rare sau neidentificate până în prezent
- Detecția directă și testarea sensibilității la antibiotice în doar 2,5 ore
- Soft CE-IVD pentru evaluarea și interpretarea automată a rezultatelor.



FluoroType® Mycobacteria VER 1.0 este un test real-time PCR de genetică moleculară susținut de tehnologia LiquidArray® ce permite, într-o singură reacție, detecția complexului M. tuberculosis, precum și diferențierea a 32 de specii de micobacterii nontuberculoase relevante clinic, cum ar fi M. avium, M. kansasii, M. fortuitum şi complexul M. abscessus.

- Identificarea micobacteriilor la nivel de specie este esențială pentru stabilirea regimurilor de terapie țintite.
- Rezultate evaluate automat disponibile în doar 2,5 ore pornind de la o cultură pozitivă.

TOGETHER FOR A VIBRANT AND DARING FUTURE IN DIAGNOSTICS

021.310.0774 • marketing@topdiag.com

„Medicina bazată pe dovezi (evidence based medicine) este piatra de temelie a medicinei moderne"

Prof. Univ. Dr. Voichița Lăzureanu, Spitalul de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș" Timișoara

Stimată doamnă Profesor, vă rog să ne prezentați, pe scurt, care este tematica ce va fi dezbătută în cadrul Conferinței Naționale de Boli Infecțioase de la Timișoara anul acesta? Care vor fi ariile de interes abordate?

Tematica actualei Conferințe Naționale de Boli Infecțioase, Timișoara 3-5 Mai 2023 este extrem de complexă. Odată cu declinul pandemiei de COVID-19 ne reîndreptăm atenția către întregul spectru de boli infecțioase, abordând pe lângă infecția cu SARS-CoV-2, teme diferite și interesante precum infecția cu HIV/SIDA, hepatitele acute și cronice, infecțiile sistemice sau vaccinarea.

Cum ați interpreta radiografia perioadei post pandemice COVID-19? Domeniul bolilor infecțioase cuprinde și hepatite acute și cronice, infecția cu HIV/SIDA, rujeolă, meningite, etc. Cum și-a pus amprenta infecția cu SARS-CoV-2 asupra patologiei infecțioase „vechi"?

Suntem încă în pandemie, sunt zilnic peste 60.000 de noi cazuri declarate la nivel mondial, la care se adaugă și cele nedeclarate/netestate. SARS-CoV-2 continuă să ridice probleme mai ales la pacienții nevaccinați, netrecuți anterior prin boală, cu multiple co-patologii. Suntem încă spital de referință în internarea și tratarea acestor pacienți. Numărul acestor pacienți este relativ mic, dar încă ne confruntăm cu forme severe, critice, chiar și cu decese. Declinul pandemiei a atras după sine reapariția celorlalte boli infecțioase, cu grade diferite de severitate: infecții respiratorii (mai ales gripa), infecții digestive, infecții ale sistemului nervos central, boli eruptive. Refrecventarea colectivităților de copii a atras după sine creșterea numărului de boli transmisibile ale copiilor iar redeschiderea spitalelor pentru toate afecțiunile a determinat creșterea infecțiilor cu clostridoides difficile sau a infecțiilor sistemice. Ambulatoriile medicale sunt cu activitate reluată 100% și pacienții cu boli cornice (HIV, hepatite, etc.) au accesul nerestricționat și beneficiază de servicii medicale complete și complexe, fără timpi îndelungați de așteptare.

Avem și pacienți care se adresează spitalelor pentru alt tip de simtomatologie/intervenții chirurgicale, etc., dar care sunt testați pozitiv pentru COVID-19 sau gripă. Sistemul de sănătate încă nu s-a redresat complet și sunt specialități care nu le permit acestor pacienți să se interneze în respectivele secții. Ei sunt direcționați către spitalele de boli infecțioase și beneficiază de tratament de specialitate, dar se întârzie tratamentul bolii pentru care s-au dus la spital. Uneori aceste întârzieri agravează boala de fond și pot pune în pericol viața pacientului. Secțiile de terapie intensivă sunt astfel suprasolicitate și sunt situații în care pacienții cu boli infecțioase „tradiționale" să fie transferați în alte unități medicale cu paturi de terapie intensivă, uneori chiar în alt județ.

Sindromul post-COVID sau long-COVID continuă să ridice probleme medicale multiple: neuro-psihice, respiratorii, cardiace, renale, digestive, boli de sistem, etc. Uneori este dificil de făcut o separare strictă între afectări concomitente sau distincte și atunci avem nevoie de investigații complexe, de tehnologie avansată, de evaluări clinico-biologice și imagistice repetate, cu costuri ridicate.

În perioade neașteptate de pandemii, desigur, cercetarea științifică permanentă, progresul în tehnologiile moderne de fabricație a vaccinurilor, serurilor și medicamentelor sunt esențiale.

Care ar fi prima decizie medicală la care v-ați gândi în cazul unei eventuale alte pandemii total necunoscute până în prezent, bazându-vă pe experiența perioadei COVID-19?

Medicina bazată pe dovezi (evidence based medicine) este piatra de temelie a medicinei moderne, în conexiune permanentă cu cercetarea științifică și tehnologiile moderne de producere a medicamentelor de toate formele (inclusiv profilactice tip seruri și vaccinuri). Avem experiența trecerii prin pandemia de COVID-19, dar avem nevoie încă de

analiza măsurilor luate și raporturile de eficiență a acestor măsuri. Cred că principala concluzie pe care trebuie să o păstrăm este de a fi în alertă permanentă, de a fi informați în permanență, de a fi instruiți în permanență, pentru a numai fi luați pe nepregătite. Prima decizie medicală în cazul unei eventuale alte pandemii este identificarea agentului patogen și mecanismul de acțiune al acestuia.

Se observă un grad redus de interes al populației privind vaccinarea. Care ar fi fondul neîncrederii populației în administrarea vaccinurilor?

Vaccinarea a fost mereu controversată, iar exprimarea liberă în social-media, indiferent de pregătirea și competența persoanei care își exprimă liber punctul de vedere, a crescut rata de neîncredere. Vaccinarea, în marea majoritate, presupune injectarea unei substanțe medicamentoase iar reticența la injectare este mare.

Dacă se adaugă și teoriile conspiraționiste de toate felurile (fac experiențe, ne implantează cip-uri, ne doresc extincția, etc.) atunci scăderea încrederii în vaccinare este dramatică. Formele de vaccinuri orale sau intranazale sunt acceptate mai ușor.

Dar indiferent de modul de administrare, toate vaccinurile/serurile/medicamentele pot genera efecte adverse și pot avea contraindicații care trebuie identificate, explicate și tratate. Fiecare dintre noi avem o constelație genetică diferită și răspunsul la aceste substanțe nu este identic. Dar beneficiul pe care l-au adus și îl aduc în continuare aceste medicamente în supraviețuire și în creșterea calității vieții noastre este enorm. Acolo unde o anumită persoană nu se poate vaccina, ea ar trebui să fie protejată prin vaccinarea tuturor celor care nu au contraindicații.

Care este opinia dumneavoastră referitoare la rezistența la antimicrobiene (RAM), una dintre amenințările globale pentru sănătate?

Rezistența la antibiotice este un subiect dezbătut pe larg în lumea medicală, pentru că este o problemă extrem de fierbinte, ea rezultând din capacitatea bacteriilor de a se opune atacului cu antibiotice și se poate dezvolta prin mutații sau prin dobândirea unor gene de rezistență de la alte bacterii deja rezistente. Antibioticele se utilizează pe scară largă în medicina veterinară, în agronomie și bineînțeles în medicina umană. În medicina veterinară a crescut exponențial utilizarea de antibiotice în profilaxia îmbolnăvirii animalelor iar în agronomie în combaterea dăunătorilor. În medicina umană se utilizează de asemenea foarte multe antibiotice de multe ori fără să fie nevoie. Putem merge la farmacie și ni se eliberează antibiotic chiar fără rețetă medicală, plasând astfel România în topul țărilor cu consum mare de antibiotice. Bacteriile se dezvoltă la rândul lor și își generează noi mijloace și mecanisme de a scăpa de acțiunea acestor antibiotice, adică devin rezistente la antibiotice. Din păcate observăm rezistența inclusiv la antibioticele de rezervă sau de salvare, care se dovedesc ineficiente în afecțiuni severe, amenințătoare de viață, iar evoluția pacientului poate fi nefavorabilă din acest motiv.

În încheiere, vă rog, un gând din partea dumneavoastră pentru toți participanții la Conferință dar și pentru cititorii revistei Medical Market.

În numele întregii echipe de boli infecțioase Timișoara le mulțumesc colegilor din țară pentru bunăvoința de a fi prezenți și pentru numărul mare de prezentări de înaltă ținută științifică ce vor fi susținute în timpul Conferinței Naționale de Boli Infecțioase. Va fi un regal de expuneri academice și didactice pe teme variate și interesante în domeniul bolilor infecțioase cu accent pe interdisciplinaritate.

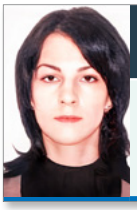
Cititorilor Medical Market le mulțumesc pentru interesul și dorința constantă de a se informa din surse medicale corecte.

Dinamica epidemiologică a infecțiilor cu virusul respirator sincițial și noi strategii de prevenție

Virusul respirator sincițial (VSR) este un virus sezonier care reapare pe tot parcursul anului, în principal cu vârfuri epidemice în lunile de toamnă, iarnă și primăvară (octombrie până în aprilie) și este o cauză prioritară a infecțiilor acute ale tractului respirator inferior la sugari și copiii de vârstă mică.

Prof. Univ.
Dr. Doina Azoicai

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa" din Iași



As. Univ. Dr. Alice Nicoleta Azoicai

UMF „Grigore T. Popa" din Iași, Medic primar Pediatrie Clinica a II-a Pediatrie, Spitalul Clinic Universitar de Copii „Sfânta Maria" din Iași

Odată cu intrarea în circulaţie a virusului SARS-CoV-2, din momentul declarării pandemiei de COVID-19, au fost înregistrate modificări semnificative în dinamica evoluţiei infecţiilor respiratorii determinate de diverşi agenţi patogeni respiratori, cum ar fi şi VRS. Măsurile de intervenţie non-farmacologice aplicate, şi mai ales cele de limitarea contactelor sau a circulaţiei populaţiei între zone geografice, ţări, continente, au fost eficiente în reducerea răspândirii virusului SARS-CoV-2, dar au condus şi la o scădere a transmiterii majorităţii virusurilor respiratorii sezoniere. Acest fapt s-a manifestat prin reducerea incidenţei sau prevalenţei bolilor respective, comparativ cu sezoanele anterioare intrării în circulaţie a corona virusului pandemic. [1] În SUA este raportată o scădere dramatică a prevalenţei tulpinilor izolate de VRS în perioada decembrie 2019 - martie 2020, de la 5,4% la 0,03% în decembrie 2020 – 2021. [2] Odată cu ridicarea restricţiilor, în sezoanele ulterioare de infecţii acute respiratorii s-a semnalat reluarea tendinţei de creştere a numărului de cazuri, atât pentru infecţiile cu VRS dar şi de gripă, adăugându-se cazurile de COVID-19, acestea din urmă având o manifestare mult mai redusă în populaţie, comparativ cu valurile anterioare în care infecţia SARS-CoV-2 a fost dominantă. [3]

Nu numai dinamica epidemiologică a infecţiilor respiratorii în general a fost modificată în ultimii ani dar şi tendinţa de manifestare a infecţiilor cu VRS prin creşterea cazurilor atât la copiii de până la 5 ani cât şi la adulţii din diverse grupe de risc. Acest fapt ar putea fi explicat prin scăderea imunităţii faţă de VSR, ca urmare a reducerii expunerii, fenomenul fiind numit „immunity debt" sau de „restanţă imunologică". [4,5]

În perioada de circulaţie concomitentă a virusului SARS-CoV-2 cu alte virusuri respiratorii au fost semnalate cu o frecvenţă diferită, în variatele teritorii din Europa sau în alte continente, manifestarea co-infecţiilor cu RSV şi SARS-CoV-2 sau SARS-CoV-2 şi virusul gripal, această din urmă asociere fiind denumită flurona (manifestarea simultană a gripei - „flu" şi corona). [6]

Particularități clinice ale infecției cu Virusul Respirator Sincițial (VRS) la copii și la adulți

Numărul mare de cazuri diagnosticate la vârsta copilăriei este consecinţa frecvenţei crescute a infecţiei cu VRS la anumite categorii de sugari şi la copiii de până la 2 - 5 ani.

La nivel mondial, se estimează că VRS este responsabil pentru aproximativ 33 milioane de îmbolnăviri acute ale tractului respirator inferior, 3 milioane de spitalizări şi până la 199.000 de decese în perioada copilăriei, majoritatea acestora (aprox. 97% dintre decesele produse în 2019), fiind înregistrate în ţări cu un nivel socio-economic scăzut. [7,8]

Anual în Statele Unite se înregistrează 2,1 milioane de copii sub vârsta de 5 ani diagnosticaţi şi supravegheaţi pentru infecţia cu VRS prin serviciile de asistenţă primară, fără spitalizare, iar 58.000-80.000 de copii, din aceeaşi categorie de vârstă, care sunt spitalizaţi. Cel mai mare risc de îmbolnăvire severă o reprezintă: prematurii, sugarii de până la 6 luni, copiii <2 ani cu boală pulmonară cronică sau boli cardiace congenitale, diversele categorii de copii cu imunosupresie de diverse cauze sau cei cu deficite neurofuncţionale, cum ar fi cele care favorizează dificultăţi la înghiţire sau de eliminare a mucusului acumulat la nivelul căilor respiratorii. [9]

Majoritatea copiilor de până la 2 ani vor trece printr-o infecţie cu VRS fără manifestări majore şi chiar cu forme inaparente de boală, dacă nu prezintă diverse riscuri suplimentare. Rata de spitalizare pentru manifestările de tip bronşiolită sau pneumonie determinate de infecţia cu VRS este de 1-2% dintre copiii infectaţi până la vârsta de 2 ani. Sugarii mai mici de 6 luni dezvoltă ca simptome frecvente: iritabilitate, reducerea apetitului, apnee şi febră inconstant înregistrată. Chiar dacă pe timpul spitalizării unii dintre

Lantigen B

UN SCUT ÎMPOTRIVA INFECȚIILOR RESPIRATORII

- Amestec de lizate bacteriene sub formă de picături, cu administrare sublinguală, destinat prevenirii infecțiilor recurente ale tractului respirator (ITR) superior[1,2]
- Obține și menține o protecție adecvată pe tot parcursul sezonului rece, atât la adulți cât și la copii începând cu vârsta de 3 luni[1,2]
- Absorbție de la nivelul mucoasei orofaringiene, stimularea răspunsului imun local
- Reduce numărul episoadelor recurente ale tractului respirator superior[2,3,6]
- Îmbunătățește evoluția clinică a ITR recurente atât la copii cât și la adulți[2,3,6]
- Reduce necesitatea utilizării tratamentului cu antibiotice[2,3,6]

Activitate imunomodulatoare prin stimularea în salivă a producției de anticorpi IgA împotriva tulpinilor bacteriene specifice și protecția împotriva infecțiilor respiratorii.[2-5]

Un ml picături orale, suspensie opalescentă, conține extracte antigenice de:

Staphylococcus aureus	79,6 unități antigenice
Streptococcus pyogenes grup A	126,2 unități antigenice
Streptococcus pneumonia tip 3	63,2 unități antigen
Haemophylus influenzae tip b	50,2 unități antigenice
Branhamella catarrhalis	39,9 unități antigenice
Klebsiella pneumoniae	39,8 unități antigenice

Fiecare mililitru picături orale suspensie conține 23 de picături.

Administrare facilă

PICĂTURI suspensie orală	3 luni – 10 ani
	>10 ani

Copii între 3 luni-10 ani: o presare de picurător (7-8 picături) dimineața înainte de masă și seara înainte de culcare sau 15 picături în priză unică pe zi; se pot administra sublingual sau la copii mici ori necooperanți în timpul somnului în șanțul gingivo-labial
>10 ani, adulți, seniori: 2 presări de picurător (15 picături) administrate sublingual, dimineața înainte de masă și seara înainte de culcare. Picăturile se mențin sublingual câteva minute, pentru un contact mai bun cu mucoasa orală, apoi se înghit.

Durata tratamentului cu Lantigen B:

- la copii între 3 luni-10 ani: pentru un ciclu de tratament, se administrează 1 flacon (aproximatv 4 săptămâni), apoi pauză 2-3 săptămâni, după care se mai administrează Lantigen B încă o jumătate de flacon (2 săptămâni).
>10 ani, adulți, seniori: pentru un ciclu de tratament se administrează 2 flacoane (aproximativ 4 săptămâni), apoi pauză 2-3 săptămâni, după care se continuă administrarea a încă unui flacon (2 săptămâni)
- pentru o imunizare completă pe perioada sezonului rece, se recomandă un ciclu de administrare în septembrie, apoi pauză 2 luni, după care se continuă cu încă un ciclu de administrare în ianuarie.
Lantigen B nu are gust sau miros, nu necesită vreo modificare a schemei de vaccinare obligatorie a copilului.
Nu se cunosc interacțiuni ale Lantigen B cu alte medicamente.

ITR =infecții de tract respirator

Referințe:
1. Rezumatul Caracteristicilor Produsului Lantigen B – Februarie 2021;
2. О.Г. Шадрін, Проблема зростаючих контактів та рекурентні респіраторні захворювання у дітей: шляхи вирішення, ПЕДІАТРІЯ Тематичний номер «Педіатрія» № 1 (57) 2021 p. 21. [O.G. Shadrin: Solutii in problematica cresterii contactelor si afectiunilor respiratorii recurente la copii: Numarul tematic Pediatrie, Nr.1 (57) 2021 p.21]
3. A. Chen et al. Efficacy of sublingual polyvalent bacterial vaccine (Lantigen B) in children with recurrent respiratory infection: a randomized double-blind controlled clinical trial. Zhonghua Er Ke ZaZhi.2004 Jun;42(6):463-4
4. Gilberto Rinaldi, Monografie Lantigen B, 2007
5. Cimadamore N, Agriesti G, Testa A et al. Valutazione del titolo delle IgA salivari in bambini affetti da infezioni respiratory ricorrenti trattati con vaccino orale polivalente Minerva Pediatrica 1988;40,6:355- 360.
6. Braido F, Melioli G, Candoli P, et al. The bacterial lysate Lantigen B reduces the number of acute episodes in patients with recurrent infections of the respiratory tract: the results of a double blind, placebo controlled, multicenter clinical trial. Immunol Lett. 2014;162:185–193

Producător și deținător al APP:
Bruschettini S.R.L., Isonzo nr.6, 16147 - Genova, Italia

Reprezentant în România:
MED RPB Consultanta&Management SRL, Str. Matei Voievod, nr.29, Birou E 3.14, sect.2, București,021545, tel/fax: +40217945183, email: office@medrpb.ro

CAMEDRPB 09/04.2023

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Lantigen B se eliberează pe baza de prescripție medicală. Orice reacții adverse sau situații particulare apărute la folosirea Lantigen B se pot raporta la reprezentantul din România al producătorului sau direct la Agentia Naționala a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, e-mail: adr@anm.ro, tel: +40757117259, fax:+40217945183.

copii beneficiază de diverse tipuri de îngrijire de susținere, ca de exemplu a funcției respiratorii prin sistemul de ventilație mecanică, în cazul absenței unor condiții particulare de risc, evoluția lor este favorabilă iar externarea este posibilă după câteva zile. [10,11]

La nivel mondial, unul din 50 de decese în rândul copiilor între 0 și 5 ani și unul din 28 de decese în rândul copiilor cu vârsta cuprinsă între 1 lună și 6 luni sunt atribuite infecției cu VRS. [8]

Adulții cu vârsta de 65 de ani și peste au o rată mai crescută a infecțiilor severe determinate de VRS astfel că pe lângă cele 60.000-160.000 de spitalizări, se pot înregistra anual un număr de 6.000-10.000 de decese.[11] Grupele de adulți aflați la risc crescut de evoluție nefavorabilă pentru infecția cu VRS sunt: vârstnicii, persoanele cu boli cardiace sau pulmonare cronice cât și pacienții cu imunosupresie de diverse cauze. Manifestările respiratorii pot avea o intensitate diferită dar, riscul complicațiilor pulmonare și mai ales decompensării bolii lor de bază reprezintă un element de pronostic nefavorabil sau deces.

Aspectele de evolutivitate și pronostic înregistrate la cazurile de infecție cu VRS, la vârsta copilăriei cât și în populația adultă sau vârstnică din ultimul sezon 2022-2023, subliniază importanța **fenomenului de „restanță imunologică”**. Anterior pandemiei COVID-19, majoritatea copiilor sub vârsta de 2 ani treceau prin infecția cu VRS, dezvoltând astfel un anumit nivel de imunitate împotriva formelor severe de boală. [1] Ca urmare a restricțiilor și măsurilor non-farmacologice adoptate în perioada pandemică, inclusiv activitatea VRS a scăzut considerabil ceea ce a determinat existența unei cohorte de copii născuți în perioada 2019-2022 care sunt mai susceptibili pentru a dezvolta o infecție severă cu acest virus datorită lipsei unei experiențe imunologice anterioare. În lipsa stimulării imunitare, studiile serologice au documentat creșterea susceptibilității copiilor cu vârsta mai mică de 2 ani și scăderea imunității la adulți, în contextul limitării circulației virusului, fapt care a generat schimbări ale dinamicii epidemiologice și a manifestărilor clinice înregistrate ca urmare a infecției cu VRS. [12]

Evoluția circulației Virusului Respirator Sincițial în Europa

Epidemiile de VRS care au evoluat în țările din Europa au prezentat în decursul timpului o sezonalitate anuală constantă și un decalaj pentru momentul de debut al sezonului între regiunile din est, care au avut o întârziere de patru săptămâni față de cele din vest, ca urmare a unor diferențe climatice (temperaturi mai scăzute și umiditate relativ mai mare). [13]

În fiecare an, epidemiile de VRS din Europa au progresat rapid începând cu luna octombrie, cu un număr mediu de cazuri la debutul lunii decembrie și un vârf al activității epidemice la sfârșitul lunii ianuarie astfel încât durata aproximativă a sezonului VRS a fost estimată la 16-18 săptămâni. [14]

În țările europene, din săptămâna 40/2022 care marchează începutul perioadei de raportare pentru virusurile respiratorii și până în săptămâna 47/2022, au fost raportate 25.838 de detecții de RSV din 244.325 de specimene testate, fapt ce reprezintă o pozitivare a testării de 11% cu precizarea că probele provenite din recoltele realizate în structurile de tip santinelă și non-santinelă (spitale, școli, unități de îngrijire primară). [15]

Urmărită în dinamică, circulația VRS a fost semnalată în perioada sezonului 2020/2021 în Franța și Islanda prezentând o tendință de manifestare epidemică la câteva săptămâni mai târziu decât în anii anteriori pandemiei. La încheierea sezonului de infecții acute respiratorii, respectiv în luna mai a anului 2021, VRS a avut o activitate redusă, cu un număr mic de cazuri, dar mai extinsă prin faptul că a fost raportată și în alte teritorii cum ar fi în Suedia, Țările de Jos, Spania, Portugalia și Danemarca. Reapariția cazurilor a fost semnalată și în afara sezonului, respectiv în lunile de vară iulie-august, în mai multe țări cum ar fi Marea Britanie, Italia, Germania ca urmare a unei probabile relații cu schimbările înregistrate în strategia de implementare a restricțiilor generate de pandemie. [1,16]

În Danemarca, înainte de debutul pandemiei COVID-19, VRS circula cel mai frecvent în lunile de iarnă ale fiecărui an. Odată cu introducerea restricțiilor și a altor măsuri preventive, s-a înregistrat și în această țară o scădere semnificativă a transmiterii VRS, inclusiv în perioada sezonului următor de iarnă 2020/21. Este de remarcat faptul că în Danemarca au urmat două mari epidemii atipice, în afara sezonului: în 2021 o epidemie de vară și o epidemie de toamnă în 2022. Epidemiile s-au caracterizat printr-un număr mare de cazuri, inclusiv cu mai multe internări, comparativ cu situația din timpul vârfurilor tipice de iarnă. O explicație a epidemiei de vară din 2021 ar putea fi susținută de ipoteza prin care fenomenul de „restanță imunologică” a fost generat de absența circulației VRS în perioada măsurilor instituite împotriva răspândirii SARS-CoV-2 iar epidemia a apărut la momentul corespunzător ridicării restricțiilor. [17]

Studii efectuate în țările care au înregistrat cazuri de VRS au relevat un aspect epidemiologic diferit de alți ani, respectiv de creștere a vârstei medii a copiilor care au dezvoltat boala cum ar fi situația cazurilor din Franța (vârsta de 4,8 luni în sezonul 2020/2021 față de 2,2 până la 3,1 luni în sezoanele 2016/17–2019/20) sau Islanda (vârsta medie de 5,7 luni cu interval 3,2–6,1 la cazurile din anii anteriori sezonului 2020/2021 și de 16,0 luni în sezonul de referință). [16] Evaluările care au urmărit dozarea nivelului IgG pentru proteina F și titrurile de anticorpi neutralizanți față de VRS, atât la femeile de vârstă fertilă cât și la sugari, înainte și în timpul pandemiei de COVID-19, au înregistrat rezultate care relevă o

MedAZ

Consumabile Medicale de la A la Z

WWW.MEDAZ.RO | 0726.706.309

CONSUMABILE GINECOLOGICE

CONSUMABILE LABORATOR

CONSUMABILE GENERALE

CONSUMABILE CHIRURGICALE

CONTROLUL SĂNĂTĂȚII

PRODUSE DEZINFECȚIE

MOBILIER MEDICAL

PRODUSE CURĂȚENIE ȘI IGIENĂ

Un act medical de cea mai bună calitate este dependent şi de aparatura şi consumabilele medicale utilizate. De aceea, la MedAZ vă punem la dispoziție o ofertă generoasă de produse şi consumabile medicale de cea mai bună calitate. Suntem o firmă de distribuție consumabile medicale şi de laborator cu experiență. Echipa noastră vă oferă tot suportul necesar pentru achiziționarea produselor de care aveți nevoie. Vă punem la dispoziție servicii sigure, eficiente şi complete, pentru a susține eficiența şi calitatea actului medical.
Asigurăm calitatea şi diversitatea produselor, prețuri accesibile şi oferte avantajoase.
Suntem atenți la nevoile şi la dorințele tale şi venim în sprijinul actului medical cu o gamă variată de produse şi consumabile medicale de calitate excepțională. Răspundem cu promptitudine şi eficiență solicitărilor dumneavoastră şi vă oferim cele mai bune soluții pentru reuşita în activitatea desfăşurată.
La MedAZ – consumabile medicale de la A la Z, găsiți, aşa cum sugerează şi numele, consumabile medicale de la A la Z. Fie că vorbim de dezinfectanți, mânuşi examinare latex, plasturi, fire sutură, produse chirurgicale, măşti de protecție, halate medicale, recipiente pentru prelevarea şi depozitarea probelor biologice, seringi, ace sau branule, aici găsiți soluția integrată. Dispunem de consumabile medicale pentru orice fel de spațiu, domeniu medical.
Asigurăm promptitudine în preluarea comenzilor, tot suportul de care ai nevoie la alegerea produselor şi realizarea comenzii, disponibilitatea produselor, seriozitate şi profesionalism.
Vă invităm să consultați portofoliul nostru de produse pentru a vă convinge de calitatea şi diversitatea produselor noastre şi vă aşteptăm cu drag comenzile.

Contact:
www.medaz.ro
office@medaz.ro
0771 449 961

reducere semnificativă a nivelurilor de anticorpi VRS, după apariţia SARS-CoV-2. [18]

În sezonul 2022/2023 fenomenele determinate de circulaţia VRS au început precoce faţă de sezoanele anterioare pandemiei de COVID-19 şi au atins un maximum în săptămânile 46-47/2022 (noiembrie) prin raportările unităţilor de asistenţă primară (medici de familie) şi în săptămâna 50/2022 (decembrie) prin raportările din spitale, iar vârsta copiilor diagnosticaţi cu această infecţie a fost de 0-4 ani. În sezonul 2022/2023 mai multe ţări europene au raportat un număr crescut de infecţii respiratori acute severe (SARI) determinate de VRS. [16,19,20]

Metode de prevenire ale infecţiei cu Virusul Respirator Sincițial

Virusul identificat în anul 1956 are o structură complexă şi codifică 11 proteine. Prin secvenţierea genomului VRS în anul 1980 s-au izolat două glicoproteine transmembranare (G) şi (F), care sunt implicate în pătrunderea virusului în celule prin două mecanisme, de ataşare şi respectiv de fuziune. [21]

Ghidurile de practică au promovat în mod constant utilizarea metodelor de imunoprevenţie pasivă prin administrarea anticorpilor monoclonali în lipsa unor vaccinuri eficiente care să asigure protecţia. Din anul 1999 imunoglobuline specifice VRS au fost administrate intravenos pentru a preveni formele severe de infecţie la nivelul tractului respirator la copiii mici cu displazie bronhopulmonară sau la cei născuţi prematur. Această imunoglobulină a fost înlocuită din 2003 cu palivizumab (Synagis), care face parte din categoria anticorpilor monoclonali umanizaţi de origine murină cu utilizare numai la sugarii cu risc ridicat mai ales din cauza costurilor. În ultimii 10 ani, au fost obţinute numeroase tipuri de anticorpi derivaţi de la om utilizaţi pentru protecţia împotriva proteinelor F şi G ale VRS. Aplicarea imunoprofilaxiei pasive cu palivizumab a fost considerată totuşi limitativă deoarece aceasta necesită injectări lunare repetate, ceea ce poate influenţa în mod negativ complianţa aparţinătorilor.

Evoluția metodelor de profilaxie urmărește schimbarea strategiilor abordate prin:
imunizare natural pasivă a sugarilor prin anticorpii materni transmiși transplacentar. Această posibilitate face necesară vaccinarea mamei în timpul gravidității, reducând astfel susceptibilitatea copilului imediat după naștere
imunizarea artificial pasivă a sugarilor prin anticorpi monoclonali cu acțiune prelungită, administrați la nou-născuți și sugari (produs autorizat - nirsevimab sau produs în stadiu avansat de dezvoltare - MK1654 Clesrovimab)[22]

Necesitatea optimizării unui vaccin împotriva VRS a fost justificată de următoarele argumente: existenţa riscului ca majoritatea copiilor să fie infectaţi cu VRS până la vârsta de doi ani; posibilitatea reinfecţiilor frecvente şi după vârsta de 2 până la 5 ani; riscul crescut al sugarilor prematuri şi copiilor mai mici de şase luni de a dezvolta forme severe de boală. Totodată cohortele actuale de copii de vârstă mică ce nu s-au confruntat cu expunerea la VRS în timpul pandemiei de COVID-19 ar reprezenta un factor suplimentar pentru o creştere a probabilităţii de infecţie.

Primul vaccin inactivat cu formol a fost experimentat începând cu anul 1960, acesta fiind însă asociat cu apariţia cazurilor grave la copiii vaccinaţi, în contextul în care ei prezentau o ulterioară expunere naturală la virus. Aceşti sugari vaccinaţi au dezvoltat forme severe de boală, cu o probabilitate de deces de peste 80%. Din acest considerent strategia de utilizare a vaccinului pentru prevenirea infecţiei cu VRS a fost părăsită pentru mai mulţi ani. Mai recent, cunoaşterea avansată a mecanismelor de imunopatologie în infecţia cu VRS a determinat stabilirea unor noi direcţii prin dezvoltarea de noi vaccinuri şi implementarea totodată a asocierii metodelor de imunizare pasivă, pentru a asigura o protecţie pe o perioadă cât mai lungă de timp, atât pe perioada copilăriei cât şi la alte vârste, cum ar fi cele ale adultului sau vârstnicului. [23]

În anul 2012 s-a realizat un pas important prin cunoaşterea faptului că proteina F a virusului este o componentă mai puţin stabilă a proteinei virale reprezentând astfel o ţintă în structurarea şi obţinerea de noi vaccinuri. Crearea unei versiuni stabilizate a proteinei RSV (F) la nivelul conformaţiei sale de prefuziune a fost posibilă în anul 2013, ceea ce a permis intensificarea eforturilor pentru dezvoltarea vaccinului pe baza proteinei F. Încă din anul 2014 au fost iniţiate numeroase studii clinice pentru dezvoltarea vaccinurilor optimizate iar în anul 2022 au fost raportate rezultatele pozitive privind vaccinurile cu administrare la adult. Concomitent, în 2022 a fost licenţiat un preparat novator, pe bază de anticorpi monoclonali cu durată lungă de acţiune (nirsevimab), iar în anul 2023 sunt raportate rezultatele încurajatoare ale studiului de fază 3 de administrare a vaccinului la gravide.

În perspectiva apropiată este prevăzută obţinerea autorizării pentru vaccinul VSR la femei în timpul sarcinii, fapt ce va asigura o protecţie eficientă pentru nou-născutul şi sugarul din primele luni de viaţă. [24]

La acest moment, vaccinurile candidate în număr de 6 sunt: viu atenuate, himeric, din particule virale sau subunităţi virale, pe bază de vector viral recombinant, vaccinuri care conţin structuri de acizi nucleici (ARN sau ADN).

- **Vaccinurile pe bază de particule și subunități virale** au fost obţinute pentru protecţia eficientă şi de lungă durată a adulţilor, sau indirect a nou-născuţilor prin vaccinarea gravidelor;
- **Vaccinurile cu virus viu atenuat și vaccinul himeric** au aplicabilitate în principal la vaccinarea copiilor, fiind considerate sigure pentru sugarii naivi care sunt expuşi la VRS;
- **Vaccinurile bazate pe vectori virali cât și vaccinurile ADN sau ARN** au

recomandarea administrării la sugari datorită tolerabilității crescute și producerea unui răspuns imun înalt protector. Există la acest moment 3 vaccinuri candidate pe bază de vectori, inclusiv 2 vaccinuri care utilizează ca vector un adenovirus și un candidat modificat vaccinia Ankara (MVA).

În cazul vaccinurilor vii atenuate, este importantă stabilirea echilibrului dintre atenuare și imunogenitate iar la vaccinurile pe bază de vector viral și acizi nucleici ţinta de eficacitate este urmărită a fi atinsă prin oferirea unui preparat cu o expresie a genelor suficient de înaltă pentru a produce un răspuns imun robust. [25]

Studiile clinice aflate în derulare sau cele finalizate cuprind variante de vaccinuri candidate pentru VSR cât și anticorpi monoclonali cu diverse indicaţii de administrare pediatrică, imunizare maternă și a persoanelor vârstnice. Rezultatele preliminare pentru utilizarea vaccinului candidat cu administrare maternă pledează pentru obţinerea autorizării acestui vaccin într-un moment cât mai apropiat, iar dintre vaccinurile destinate utilizării pediatrice, există două preparate candidate în studii de fază 2, acestea fiind vaccinuri cu virus viu atenuat. [24]

În concluzie, se remarcă faptul că implementarea măsurilor de protecţie non-farmacologică din perioada pandemiei COVID-19 a reprezentat un factor asociat cu reducerea activității VRS ceea ce a determinat o modificare în dinamica epidemiologică de circulaţie a acestui virus. Alături de fenomenul de „immunity debt" („restanţă imunologică"), în sezonul de infecţii acute respiratorii 2022/2023 evoluţia clinică a cazurilor a fost mult mai severă la copiii de până la 5 ani și chiar la adulţii care au pierdut protecţia imună specifică. Dimensiunea epidemiei actuale ar putea indica faptul că lipsa de imunitate prin limitarea contactelor și a circulaţiei populaţiei reprezintă un element suplimentar pentru redimensionarea strategiilor de prevenţie faţă de infecţia cu VRS în contextul în care studiile clinice aduc în actualitate utilizarea atât a preparatelor vaccinale pentru imunizarea gravidelor, copiilor și adulţilor cât și a unor noi generaţii de anticopi monoclonali cu acţiune prelungită.

Bibliografie:

1. van Summeren J, Meijer A, Aspelund G et al. Lowlevels of respiratory syncytial virus activity in Europe during the 2020/21 season: what can we expect in the coming summer and autumn/winter? Euro Surveill., 2021; 26(29):pii=2100639. doi.org/10.2807/15607917.ES.2021.26.29.2100639
2. Halabi KC, Saiman L, Zachariah P. The Epidemiology of Respiratory Syncytial Virus in New York City during the Coronavirus Disease-2019 Pandemic Compared with PreviousYears. J Pediatr. 2022; 242:242–244. doi: 10.1016/j.jpeds.2021.10.057
3. Foley DA, Yeoh DK, Minney-Smith CA, Martin AC, Mace AO, Sikazwe CT, et al. The interseasonal resurgence of respiratory syncytial virus in Australian children following the reduction of coronavirus disease 2019-related public health measures. Clin Infect Dis. 2021; ciaa1906. doi.org/10.1093/cid/ciaa1906
4. Di Mattia G, Nenna R, Mancino E, et al. During the COVID-19 pandemic where has respiratory syncytial virus gone? Pediatr Pulmonol. 2021; 56(10):3106–3109. doi: 10.1002/ppul.25582
5. Cohen R, Ashman M, Taha MK, et al. Pediatric Infectious Disease Group (GPIP) position paper on the immune debt of the COVID-19 pandemic in childhood, how can we fill the immunity gap? Infect Dis Now. 2021;51(5): 418–423. doi: 10.1016/j.idnow.2021.05.004
6. Pawlowski C, Silverta E, O'Horo JC et al. SARS-CoV-2 and influenza coinfection throughout the COVID-19 pandemic: an assessment of coinfection rates, cohort characteristics, and clinical outcomes. PNAS Nexus, 2022, 1, 1–14. doi.org/10.1093/pnasnexus/pgac071
7. Jain H, Schweitzer JW, Justice NA, Respiratory Syncytial Virus Infection. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan.
8. Li Y., Wang X., Blau D.M et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections dueto respirator ysyncytial virus in children younger than 5 years in 2019: A systematic analysis. Lancet 2022, 399, 2047–2064
9. Center for Disease Control and Prevention. RSV in Infantsand Young Children, National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD), Division of Viral Diseases, octobre 28, 2022
10. McLaughlin JM, Khan F, Schmitt H-J, et al. Respiratory Syncytial Virus–Associated Hospitalization Rates among US Infants: A Systematic Review and Meta-Analysis. JID. 2022;225(6):1100-1111.
11. Hansen CL, Chaves SS, Demont C, Viboud C. Mortality Associated With Influenza and Respiratory Syncytial Virus in the US, 1999-2018. JAMA Network Open. 2022; 5(2):e220527.
12. Reicherz F, Xu RY, Abu-Raya B, et al. Waning immunity against respiratory syncytial virus during the COVID-19 pandemic. J Infect Dis. 2022; 226(12):2064–2068. doi: 10.1093/infdis/jiac192
13. Li Y, Wang X, Broberg EK, Campbell H, Nair H. Seasonality of respiratory syncytial virus and its association with meteorological factors in 13 European countries, week 40/2010 to week 39/2019. Euro Surveill. 2022; 27(16):pii=2100619.
14. Broberg EK, Waris M, Johansen K, Snacken R, Penttinen P. Seasonality and geographical spread of respiratory syncytial virus epidemics in 15 European countries, 2010 to 2016. Euro Surveill. 2018; 23(5):17-00284.
15. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Intensified circulation of respiratory syncytial virus (RSV) and associated hospital burden in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2022.
16. Chuang Yu-Chuan, Lin Kuan-Pei, Wang Li-An et al., The Impact of the COVID-19 Pandemic on Respiratory Syncytial Virus Infection: A Narrative Review. Infect Drug Resist. 2023; 16: 661–675. Published online 2023 Jan 30. doi: 10.2147/IDR.S396434
17. Munkstrup Charlotte, Lomholt Frederikke Kristensen, Emborg Hanne-Dorthe et al. Earlyand intense epidemic of respiratory syncytial virus (RSV) in Denmark, August to December 2022. Euro Surveill. 2023; 28(1):pii=2200937. doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.1.2200937
18. Reicherz F, Xu RY, Abu-Raya B, et al. Waning immunity against respiratory syncytial virus during the COVID-19 pandemic. J Infect Dis. 2022; 226(12):2064–2068. doi: 10.1093/infdis/jiac192
19. European Centre for Disease Prevention and Control. Joint EC, WHO and ECDC statement: Influenza season epidemic kicks off early in Europe as concerns over RSV rise and COVID-19 is still a threat. 1 Dec 2022. ECDC: Stockholm.
20. European Centre for Disease Prevention and Control. Considerations for infection prevention and control in relation to respiratory viral infections in health care settings. 6 February 2023. ECDC: Stockholm
21. Meissner HC. Repiratory Syncitial Virus. In: Long Sarah S (edit). Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 6-th edit. Elsevier, 2023, 1185-1188
22. Esposito S, Abu Raya B, Baraldi E, Flanagan K, Martinon Torres F, Tsolia M, Zielen S. RSV Prevention in All Infants: Which Is the Most Preferable Strategy? Front Immunol. 2022; 13:880368. doi: 10.3389/fimmu.2022.880368.
23. Mazur NI., Terstappen J., Baral R., et al. Respiratory syncytial virus prevention with in reach: The vaccine and monoclonal antibody landscape. Lancet Infect. Dis. 2023, 23, e2–S21
24. Graham BS. The Journey to RSV Vaccines - Heralding an Era of Structure-Based Design. N Engl J Med. 2023 Feb 16; 388(7):579-581. doi: 10.1056/NEJMp2216358.
25. Gatt D, Martin I, AlFouzan R, Moraes TJ. Prevention and Treatment Strategies for Respiratory Syncytial Virus (RSV). Pathogens, 2023; 17; 12(2):154. doi: 10.3390/pathogens12020154.

Infecția SARS CoV-2 complicată cu pericardită lichidiană

Infecția cu virusul SARS CoV-2 a apărut la sfârșitul anului 2019 în China, ulterior răspândindu-se la nivel mondial, OMS declarând pandemie de Covid-19. Infecția cu SARS CoV-2 are adesea o evoluție nefavorabilă datorită numeroaselor complicații care pot apărea atât post, cât și în timpul bolii. Complicațiile pot afecta sistemul respirator, cardiovascular, alterând starea generală a pacientului timp îndelungat. Printre complicațiile cardiovasculare se regăsește și pericardita. În perioada pandemiei, studiile au demonstrat că pericardita lichidiană este o complicație rară a infecției cu virusul SARS CoV-2, fiind observată la 4.55% din CT-urile de torace analizate în 13 studii. Infecția cu virusul SARS CoV-2 este cunoscută pentru evoluția imprevizibilă a pacienților, în special a celor care prezintă patologie cronică. În cele prezentate mai jos, se descrie cazul unei paciente în vârstă de 64 de ani cu multiple comorbidități, testată pozitiv pentru infecția cu virusul SARS CoV-2, complicată cu pericardită lichidiană în cantitate mare.

As. Univ. Dr. Mirela Turaiche - Clinica de Boli Infecțioase-Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș" Timișoara; Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș" din Timișoara

As. Univ. Dr. Iulia Bogdan - Clinica de Boli Infecțioase-Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș" Timișoara; Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș" din Timișoara

Dr. Bianca Cerbu - Medic primar, Clinica de Boli Infecțioase-Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș" Timișoara

Dr. Mădălina Șuba - Medic rezident, Clinica de Boli Infecțioase-Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș" Timișoara

Dr. Nicolas Lungu - Medic rezident, Clinica de Boli Infecțioase-Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș" Timișoara

Dr. Alexandra Aelenei - Medic rezident, Clinica de Boli Infecțioase-Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș" Timișoara

Dr. Adela-Teodora Benea - Medic rezident, Clinica de Boli Infecțioase-Spitalul Clinic de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Dr. Victor Babeș" Timișoara

Pacientă în vârstă de 64 ani cunoscută cu hipertensiune arteriala esențială grad III cu risc cardiovascular foarte înalt, diabet zaharat tip 2, hipotiroidism, obezitate morbidă, bronșită cronică, sindrom apnee în somn de tip obstructivă formă foarte severă, disfuncție ventilatorie restrictivă formă moderată, se prezintă în Clinica de Pneumologie Timișoara pentru dispnee cu ortopnee, disfonie, tuse productivă, astenie, fatigabilitate, simptomatologia a debutat cu 3 zile anterior internării. Se efectuează EKG, Ecografie cardiacă unde se decelează lichid pericardic în cantitate mare, se instituie tratament cu Colchicină 0,5mg 2x1cpr/zi, Ibuprofen 400mg 3x1cpr/zi, Corlentor 5mg 2x1cpr/zi, la indicația medicului cardiolog. Se efectuează test Antigen rapid pentru infecția cu virusul SARS CoV-2 cu rezultat POZITIV. Pacienta este transferată pe secție Covid-Boli Infecțioase în vederea instituirii tratamentului de specialitate. În timpul internării pacienta a primit tratament antiviral (Remdesivir o singură zi, RFG<30), antibiotic, simptomatic, anticoagulant, diuretic de ansă, oxigenoterapie. Investigațiile biologice: Leucocite 17.210 µL, Hemoglobina 12,2 g/dl, Trombocite 257.000/µL, Limfocite 1.550/µL, Neutrofile 14.610µ/L, Monocite 910µ/L, Eozinofile 90µ/L, Bazofile 50 µ/L, Fibrinogen 3,02 g/L, Fosfataza alcalină 214 U/L, Lactat 11,23 mg/dl, LDH 423 U/L, PT 13,3 sec/82,5%, INR 1,09, D-dimer 1040 ngg/ml, CRP 22,69 mg/l, VSH 15 mm/h, Procalcitonina 0,37 ng/ml, IL-6 14,8 pg/ml, Creatinina 2,41 mg/dl, GGT 359 U/L, GOT 146 U/L, GPT 238 U/L, Glucoza 158 mg/dl. În cea de-a treia zi de internare starea pacientei se agravează, prezentând dispnee cu tahipnee, cianoză tegumentară, astenie marcată, somnolență, valori tensionale oscilante, se solicită consult cardiologic și de chirurgie cardiovasculară, iar în urma evaluarii se decide transferul în Clinica de Chirurgie Cardiovasculară Timișoara cu diagnosticul de tamponadă cardiacă. Se realizează pericardiocenteză, pacienta este stabilizată cardiac și este reinternată pe secția de Boli Infecțioase pentru persistența dispneei și a tusei. Evoluție favorabilă, cu remiterea dispneei (SpO2=95% în aerul atmosferic).

Concluzie:

Afecțiunile precum pericardita pot constitui factori de risc pentru pacienții cu COVID-19, ca răspuns inflamator acut cauzat de infecție asupra cordului.

SOLUȚII PERFORMANTE DE DIAGNOSTIC RAPID

DDS DIAGNOSTIC
Cercetare. Producție. Suport.

IMUNOANALIZOR ÎN FLUORESCENȚĂ

NOVATREND PLUS

Analizorul este compatibil cu o gamă largă de 50 de teste care detectează **cantitativ** și calitativ markeri inflamatori, markeri tumorali, markeri cardiaci, factori de coagulare, markeri endocrinologici, nefrologici, diabetici, precum și boli infecțioase.

Este ideal de utilizat in cabinete medicale, camere de urgenta, laboratoare medicale si nu necesita conditii speciale de lucru.

Teste pentru boli infecțioase:
- Strep A
- Gripă A+B
- RSV
- Covid-19 Antigen
- Covid-19 Anticorpi

Teste rapide *IVD*

pentru detecția afecțiunilor sistemului respirator (Gripă, Covid-19, RSV, Infecții bacteriene), sistemului digestiv (H.pylori, Giardia, C. Diff., Calprotectină), sistemului urinar (Infecții urinare, Microalbumina), precum și pentruidentificarea mai multor boli infecțioase (HbsAg, HCV, HIV, HAV, Tuberculoză, Mononucleoză, Legionella Pneumophilia, Syphilis).

DDS Diagnostic. Focusați pe identificarea, dezvoltarea și comercializarea celor mai performante soluții de diagnostic și testare rapidă pentru cabinete medicale.

Contactează-ne!

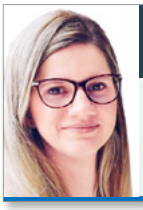
Strada Vulcan Județul, Nr. 7, Sector 3, București
Vânzări: 0722188 442 | Suport Tehnic: 0799 755 622
sales@ddsdiagnostic.com | www.ddsdiagnostic.com

Hepatita cronică virală C - de la dezbateri și scrieri la proiecte care au salvat vieți!

Descoperirea fundamentală a virusului hepatitei C în 1989 a dus la câștigarea Premiului Nobel pentru Medicină din anul 2020. Această realizare a ghidat toți pașii în identificarea elementelor virusului, în vederea dezvoltării tratamentului și creșterii soluțiilor de screening, care au încetinit expunerea la virus. Tratamentul infecției a început în urmă cu aproximativ 20 de ani cu interferon-alfa (IFN-α), ulterior cu interferon pegilat și ribavirină, scheme terapeutice cu reacții adverse care de multe ori impuneau oprirea terapiei.

Conf. Univ. Dr.
Carmen-Nicoleta Oancea

Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova



Asist. Univ. Dr.
Anca Elena Duduveche

Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

În prezent, tratamentul hepatitei cronice virale C (HCV) se bazează pe agenți antivirali cu acțiune directă (DAA), cu care majoritatea pacienților pot fi vindecați.

Când vorbim despre viitorul HCV, putem spune că avem șansa eradicării bolii, având în vedere toate progresele realizate în ultimii ani și toate opțiunile pe care le avem pentru vindecarea tuturor genotipurilor de infecție cu VHC.

Sumarizând caracteristicile istorice virusului, evoluția acțiunilor de tratament și screening, a lacunelor și etapelor realizate până în anul 2020 pentru atingerea țintei internaționale de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS) de eliminare a acestei probleme până în anul 2030, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova a considerat că poate contribui major în obținerea dezideratului OMS mai sus menționat.

Astfel, o echipă multidisciplinară formată din medici gastroenterologi, infecționiști, farmaciști (prof. univ. dr. Ion Rogoveanu, prof. univ. dr. Mircea Diculescu, prof. univ. dr. Costin Streba, conf. univ. dr. Carmen Oancea, șef lucrări dr. Bogdan Ungureanu, șef lucrări dr. Nicolae Florescu, asist. univ. dr. Mihai Sacerdoțianu, asist. univ. dr. Anca Duduveche), rezidenți gastroenterologi, asistenți medicali, sub coordonarea științifică a prof. univ. dr. Dan Ionuț Gheonea a început să se implice activ în procesul complex de eliminare a HCV.

Cum au debutat proiectele?

Conceptul de micro-eliminare a părut să fie în multe țări cheia succesului. Ținta micro-eliminării este reprezentată de creșterea numărului de persoane din grupuri defavorizate care se testează prin folosirea testelor rapide. În cele din urmă, micro-eliminarea va duce la macro-eliminare. Succesul programelor de screening constă în reducerea problemei globale a infecției cu virusul hepatitic C, realizată prin intervenții preventive și control, depistare, însoțite de evaluare adecvată, tratament și monitorizare, toate acestea adaptate local și regional.

Orașul Orșova, împreună cu medicii de familie implicați în screening

Din acest considerent, dar și datorită necesităților mai sus menționate, în luna septembrie 2020 au luat naștere în Oltenia proiectele de micro-eliminare coordonate de către Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova.

Primul proiect a reprezentat și implementarea unicului proiect național de micro-eliminare în mediul urban. Acesta a luat naștere în orașul Orșova, unde patru medici de familie au acceptat să se implice în testarea rapidă a propriilor pacienți și nu numai. Testul utilizat pentru screening este Anti-HCV TEST WB/S/P. Astfel, au fost testate 3025 de persoane, dintre care 37 au avut prezenți anticorpii anti-HCV, rezultând o prevalență de 1,22%.

Ce ne-a determinat să continuăm?

Având în vedere succesul înregistrat în derularea acestui prim proiect de screening, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova a decis continuarea acestor inițiative. Beneficiile implementării regionale a acestor proiecte sunt enorm de multe și cu implicații dintre cele mai profunde: existența liantului medic de familie - specialist gastroenterolog/infecționist dat de desfășurarea activității în aceeași regiune, distanța relativ scurtă pentru continuarea investigațiilor în cazul pacienților depistați pozitiv, posibilitatea tratării multidisciplinare a pacienților, salvarea vieții pacienților care nu știau că sunt infectați.

Pandemia Covid-19 ne-a pus în imposibilitatea de a mai acorda serviciile medicale obișnuite, iar în acea perioadă reprezentanții Universității de Medicină și Farmacie din Craiova au considerat că mai mult ca oricând trebuie să atragă atenția asupra afecțiunilor cronice care pot duce la deces. Emoțiile din timpul pandemiei aduceau cu ele pericolul ignorării altor probleme de sănătate foarte grave.

Astfel, screeningul angajaților din fabricile mari din regiunea Oltenia ni s-a părut o soluție foarte bună pentru a nu expune persoanele testate la contacte suplimentare cu asistența medicală din cabinele medicilor de familie sau din spitale.

Patru fabrici mari (Ford Craiova, Bordnetze Drobeta-Turnu Severin, Fabrica de celuloză Severin, Dacia Mioveni) și Complexul Energetic Oltenia (CEO) ni s-au alăturat și am reușit împreună cu medicii și asistenții medicali din aceste unități să testăm peste 25.000 de persoane, cu obținerea unor date statistice extrem de importante în stabilirea oricărei strategii

de sănătate publică cu privire la eliminarea HCV în viitor în România. Variabilitatea acestor date, de la prevalențe scăzute în mediile urbane (0,5% în Uzina Ford Craiova) până la valori mult mai mari (aproximativ 2% în punctele de screening din CEO situate în zone rurale îndepărtate de centrele de diagnostic) ne-a învățat încă o dată că experiența din teren aduce diferențe notabile în sistemul de sănătate.

În fabricile implicate în screening și Complexul Energetic Oltenia

Datorită echipei formate, a căpătării unei experiențe de neînlocuit în desfășurarea acestor proiecte, dar și a propriei noastre evoluții, proiectele au continuat. Fiecare proiect, fiecare obstacol ne-a învățat să ne adaptăm, să anticipăm, să avem soluția.

Astfel, am reușit implementarea unor astfel de proiecte de screening în rândul medicilor de familie din zonele rurale din Gorj, Caraș și Vâlcea, dar și a unor campanii de conștientizare ce s-au bucurat de o largă popularitate în regiune și la nivel național.

Campania de conștientizare și testare, comuna Sadova, județul Dolj

28 iulie 2021 – Ziua Mondială de Luptă împotriva Hepatitelor Virale

Un alt exemplu în acest sens îl reprezintă campania realizată cu ocazia Săptămânii Europene a Testării 2022 intitulată: Toate drumurile duc la testarea VHC, campanie desfășurată în Aeroportul Internațional Craiova, în gara și autogările din Craiova. În cadrul acestui proiect, toți călătorii au putut beneficia de testare gratuită. Un serviciu medical gratuit și rapid pus la dispoziția oamenilor într-un cadru total la îndemâna acestora.

O inițiativă de succes a fost alăturarea noastră în campania Din grijă pentru tine în cadrul căreia timp de o săptămână în interiorul Teatrului Național „Marin Sorescu” din Craiova peste 3000 de persoane au beneficiat de investigații medicale gratuite. Aici, pe lângă testarea rapidă anti-VHC, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova a mai pus la dispoziția persoanelor ce au aderat la ideea acestei campanii și alte investigații gratuite: screening pentru cancerul colorectal, ecografii mamare, ecografii abdominale, consultații reumatologice, ginecologice și urologice.

Campania Toate drumurile duc la testarea VHC (Gara, autogările și Aeroportul Internațional Craiova)

Campania Din grijă pentru tine (Teatrul Național Craiova)

Bariere și soluții identificate

Cele mai importante bariere de menționat ar fi: nivelul scăzut de educație sanitară în zonele rurale, întrucât acestea au reprezentat un obiectiv al nostru în desfășurarea proiectelor de screening, frica de COVID în perioada pandemiei, reticența oamenilor față de proiecte puse la dispoziție gratuit, neîncrederea survenită în sistemul de sănătate de-a lungul timpului.

Soluțiile au fost cele care ne-au determinat să credem că putem schimba ceva în bine. Acestea au fost reprezentate de: facilitarea accesului la voucherele de analize prin intermediul medicilor de familie sau al personalului implicat în testare, acordarea de suport în identificarea laboratoarelor de analize din zonă, organizarea în detaliu a zilelor programate pentru consultația de specialitate: mijloace de transport, amplasare, acces rapid în unitățile medicale. O singură zi pentru consultație, ecografie, interpretarea analizelor și inițierea tratamentului antiviral. Poate cel mai important aspect de menționat este acela că proiectele noastre nu s-au oprit la testarea rapidă, ci au presupus continuarea investigațiilor pentru confirmarea/infirmarea diagnosticului, dar și oferirea tratamentului necesar vindecării.

Ce ne propunem?

Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova și-a conștientizat și pus în practică, în ultimii 4 ani mai mult ca oricând, rolul educațional intra-comunitar dincolo de cel educațional în rândul studenților. Mărturiile pacienților vindecați, reacțiile pozitive primite din rândul medicilor de familie, a conducerilor întreprinderilor, dar cel mai important conștientizarea că schimbarea majoră în sistemul de sănătate din România vine de acolo de unde pornește însăși formarea profesioniștilor din acest domeniu, ne determină să continuăm.

De asemenea, multiplele articole științifice și teze de doctorat elaborate pornind de la implementarea și baza de date a acestor proiecte reprezintă pentru UMF Craiova un stimul în continuarea și diversificarea acestora.

Suntem în plină desfășurare a unui screening de depistare a infecției virale C în paralel cu proiectul de screening pentru cancerul colorectal ROCCAS 2 (proiect desfășurat tot de către UMF Craiova) în județul Olt. Pregătim și sperăm să ne bucurăm de susținerea partenerilor care ne-au ajutat și în proiectele mai sus menționate alte două proiecte: unul de testare gratuită concomitent cu ROCCAS 2 în județul Mehedinți (proiect ce va viza exclusiv mediul rural) și o altă campanie de conștientizare care să marcheze Săptămâna Europeană a Testării 2023, în cadrul căreia vom avea ca partener Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București.

Bio Predictive

diagnosticul hepatic neinvaziv prin biomarkerii serici

Noninvasive Medical

FibroMax® FibroTest®

Alternativa sigură la puncția-biopsie hepatică

Indicații

- Hepatite cronice cu virus B și C, coinfecție VHB-Delta, VHB/VHC-HIV
- Consum excesiv de alcool
- Sindrom metabolic: insulinorezistență, obezitate, dislipidemie, HTA, diabet zaharat
- Bilanț hepatic perturbat
- Tranzaminaze normale, dar factori de risc metabolic prezenți
- Steatoză sau ficat gras depistate ecografic

FibroMax cuprinde 5 teste: FibroTest, ActiTest, SteatoTest, NashTest și AshTest

Rolul evaluării fibrozei hepatice în hepatita cronică cu VHC

- FibroMax este un instrument de valuare a fibrozei hepatice la începutul tratamentului fără interferon, ce ghidează medicul în alegerea schemei și a duratei de tratament, dar și în privința monitorizării ulterioare a pacientului.
  (Aliment Pharmacol Ther. 2016)
- FibroMax este un test pentru identificarea cirozei sau a unui stadiu de fibroză avansat în cazul pacienților recent diagnosticați, fără evaluări anterioare și fără semne clinice (pacienți la risc).
  (BMJ Open 2015)
- FibroMax este un instrument de evaluare a regresiei fibrozei sau a riscului de a progresa. Chiar și după vindecarea virusologică a VHC, pacientul poate rămâne cu un risc de evoluție a fibrozei în prezența comorbidităților.
  (Aliment Pharmacol Ther. 2018)
- FibroMax este util în screeningul populației generale. La persoanele de 40 de ani, fără factori de risc identificați, prevalența observată a fibrozei hepatice avansate este de aproximativ 3%.
  (Lancet Gastroenterol. Hepatol 2017)
- Pacienții de sex masculin, cu ALD (boală hepatică alcoolică) sau NAFLD (ficat gras de cauză non-alcoolică), vârsta peste 30 ani, cu sau fără alte comorbidități, prezintă un risc crescut de progresie a fibrozei hepatice.
  (J. Hepatol 2012)

Bio Predictive

diagnosticul hepatic neinvaziv prin biomarkerii serici

Noninvasive Medical

FibroMax® FibroTest®

Alternativa sigură la puncția-biopsie hepatică

FibroMax la inițierea tratamentului fără interferon permite:

Trierea pacienților cu VHC în vederea alegerii schemei terapeutice adecvate și a duratei tratamentului (stadiu F3F4 vs F0F1F2).

Identificarea pacienților cu fibroză avansată care necesită monitorizare post RVS.

Identificarea pacienților cu steatoză metabolică care vor necesita monitorizare ulterioară cu FibroMax.

FibroMax pentru monitorizarea pacienților cu fibroză avansată:

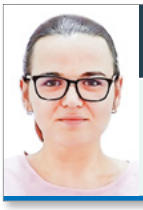
Scopul principal al terapiei fără interferon este vindecarea infecției, respectiv obținerea unui răspuns virusologic susținut (RVS).

Un RVS este în general asociat cu normalizarea rapidă a enzimelor hepatice, îmbunătățirea sau dispariția activității necrotico-inflamatorii hepatice (evaluată cu ActiTest) și regresia fibrozei (evaluată cu FibroTest).

- Pacienții cu fibroză severă (scorul METAVIR F3) sau ciroză (F4) rămân cu risc de complicații majore, în principal cancerul primitiv hepatic, chiar și după RVS.
  (Aliment Pharmacol Ther. 2018)
- În comparație cu pacienții netratați sau non-responderi, riscul de cancer primitiv hepatic și mortalitatea hepatică sunt reduse în mod semnificativ după obținerea RVS, dar nu complet eliminate pentru pacienții cu RVS la stadiul de ciroză. (FibroTest stadiu F4 METAVIR).
- Cofactorii de morbiditate hepatică cum ar fi sindromul metabolic, consumul excesiv de alcool și/sau infecția concomitentă cu virusul hepatitei B (HBV), adaugă un risc de persistență a fibrozei severe care poate fi reevaluată prin FibroMax.

Gripa și manifestările clinice la copil și adult

Gripa este o boală infecțioasă acută, determinată de virusul gripal cu mai multe serotipuri caracterizată clinic prin manifestări respiratorii și generale cu potențial sever, iar epidemiologic printr-o contagiozitate crescută. Este o patologie răspândită pe tot globul, apărând sporadic în epidemii și pandemii. Transmiterea gripei se realizează în mod direct (picături Flügge răspândite în aer) și indirect (obiecte proaspăt contaminate cu secreții infectante). Contagiozitatea gripei este destul de mare, transmiterea făcându-se cu mare rapiditate, mai ales în colectivități și școli. Durata contagiozității unui caz este de 3-5 zile. Receptivitatea față de boală este generală, toate grupele de vârstă putând fi afectate. Imunitatea post infecție este specifică pentru tipul de virus infectant. Mortalitatea în gripă variază în funcție de frecvența formelor severe, de condițiile socio-economice și de complicațiile pulmonare, pe care le determină. În general mortalitatea prin gripă se datorează bronhopneumoniilor și pneumoniilor postgripale afectând în special persoanele cu „risc crescut“ (vârstnici, gravide, copii mici, bolnavi cu patologie cronică). [1]



Asist. Univ. Dr.
Adelina Raluca Marinescu
Medic specialist boli infecțioase
Universitatea de Medicină și Farmacie
„Victor Babeș” din Timișoara

Incubația gripei este de 24-72 ore (în medie 48 ore). Debutul este brusc, acut, cu febră înaltă (temperatură peste 39°C), mialgii puternice, cefalee și astenie. În perioada de stare domină simptomele generale cu persistența febrei înalte cu o curbă termică deseori difazică, cefaleea este intensă și constantă, cu dureri la nivelul globilor oculari, astenie constantă ce poate merge până la adinamie. Simptomele respiratorii sunt uzuale, de obicei poate apărea un catar nazal iar faringele este intens congestionat. [1] La copii pot apărea simptome de bronșită (raluri bronșice difuze, dureri toracice difuze). Tulburările digestive fac parte din tabloul clinic în special la copil, sunt generale mergând de la inapetență sau apetit capricios până la grețuri, vărsături și scaune diareice. Deși gripa poate îmbrăca la copil un tablou de rinofaringită banală, deseori apar forme severe cu laringită (crup gripal), bronșiolită capilară sau bronhopneumonie. Pe primul plan se află deseori afectarea musculară, cu rabdomioliză și creșterea enzimelor musculare.

Manifestările hemoragice apar în formele severe și pot fi reprezentate de epistaxis și spută sanguinolentă. Tabloul biologic arată o tendință la leucopenie cu limfocitoză sau neutropenie cu sindrom inflamator normal sau ușor crescut. [2]

În evoluția gripei febra cedează după 3-5 zile (în medie) cu dispariția simptomelor din perioada de stare. Perioada de convalescență se caracterizează prin persistența unor simptome ca adinamia, astenia, uneori subfebrilități și tuse supărătoare. Diagnosticul pozitiv este pus în cazul gripei pe criterii epidemiologice, clinice și serologice. Diagnosticul virusologic constă în identificarea vriusului gripal, a antigenelor virale sau a ARN-ului viral din prelevate de exudat nazofaringian, prin diferite tehnici. Aceste metode de diagnostic nu sunt recomandate de rutină în practica curentă, ci numai în formele severe de gripă, spitalizate. Detectarea antigenelor virale de gripă în prelevatele nazofaringiene prin testele rapide de diagnostic, bazate pe imunocromatografie, ce se pot realiza la patul bolnavului sau în serviciul de urgență (poza 1).

Există și teste rapide pentru decelarea în laborator a antigenelor virale gripale, bazate pe tehnici de imunofluorescență indirectă sau ELISA. [3,6]

Diagnosticul diferențial trebuie totdeauna avut în vedere, chiar și în cursul epidemiilor de gripă. Virusul sincițial respirator produce iarna focare epidemice de bronșiolită la sugar. Virusurile paragripale ce produc un tablou clinic inferior gripei, pneumoniile cu bacterii atipice, infecția cu virusul SARS CoV-2 sau infecțiile produse de alte virusuri cu tropism respirator sunt deasemenea patologi de luat în calcul pentru diagnosticul diferențial. Complicațiile gripei sunt diverse deseori împărțite în două categori: respiratori și extrarespiratori. Complicațiile respiratorii sunt pneumonia interstițială gripală primară (evoluție severă desori spre deces), pneumonia bacteriană secundară, crupul gripal (în special la sugar și copil mic), sinuzitele acute, otitele acute. Complicațiile extrarespiratorii sunt afectarea musculară de tip miozită (frecventă la copii), complicațiile cardiace (miocardita, pericardita) sau complicațiile neurologice (meningită, mielită, poliradiculonevrită acută, encefalită). [5]

Tratamentul etiologic (antiviral) cu

DEZINFECTANȚI MEDICALI PROFESIONALI

Klintensiv®

Despre noi

Companie cu capital integral românesc, fondată în anul 2011, Klintensiv are ca activitate specifică producția și comercializarea dezinfectanților profesionali și a produselor pentru curățenie. Misiunea noastră este de a oferi produse de înaltă calitate, bazate pe înțelegerea nevoilor clienților și a provocărilor epidemiologice curente, asigurând la standarde ridicate menținerea unui climat corespunzător de siguranță și sănătate.

Ce ne diferențiază

- Peste 30 de dezinfectanți pentru utilizare medicală
- Spectru de acțiune extins (virucid, bactericid, sporicid, levuricid)
- Gamă largă de utilizare (TP1, TP2, TP3, TP4, TP18, TP19)

Performanța Produselor

Toți dezinfectanții sunt avizați de Ministerul Sănătății, iar procesul de producție este certificat ISO 9001, ISO 14001, ISO 13485 și OHSAS 18001.

Calitate Certificată

Fiecare lot de produse este testat de un laborator independent autorizat, Klintensiv fiind singurul producator din România care realizează aceste testări.

Scalabilitate și Flexibilitate

Operăm una din cele mai mari capacități de producție de substanțe biocide din România - produse lichide, tablete și servețele umede.

Inovare Continuă

Deținem cele mai multe avize biocide din România - cu compuși biocizi diverși: peroxizi, alcool, săruri cuaternare, clorhexidină, amine, fenoli și aldehide.

Producător: KLINTENSIV
Șos. Alexandriei 544, oraș Bragadiru, județ Ilfov. Tel: 021.448.14.99
office@klintensiv.ro • www.klintensiv.ro

Poza 1. Test rapid pentru antigenă gripală (Influenza A și B)

Poza 2. Vaccinarea intranazală cu Fluenz™ la copil

inhibitor de neuraminidază instituit precoce (în primele 48 de ore de la debutul clinic) scade semnificativ intensitatea și durata simptomelor, scade riscul de apariție a complicațiilor, reduce riscul de spitalizare, letalitatea, reduce excreția virală și contagiozitatea.

Clasele antivirale active pe virusurile gripale sunt:
Inhibitorii proteinei M2-amantadina și rimantadina. Active doar pe virusul gripal A însă cu o activitate antivirală modestă.
Inhibitorii de neuraminidază: oseltamivir (administrat oral sub formă de comprimate și de suspensie buvabilă), zanamivir (administrat inhalator, sub formă de pudră, printr-un dispozitiv bucal), peramivir (administrat sub formă intravenoasă).

De reținut este faptul că se recomandă tratamentul antiviral cu inhibitorii de neuraminidază în doze curative la persoanele asimptomatice, dar care au risc de a dezvolta o formă severă de boală și care au intrat în contact cu un caz confirmat de gripă sau un bolnav cu o simptomatologie înalt sugestivă pentru gripă. [4,5]

Tratamentul simptomatic constituit dintr-o bună hidratare per os sau intravenos, alimentație echilibrată, antipiretice, antialgice, antitusive, antiemetice.

Măsurile de profilaxie colectivă alcătuite din igiena colectivă (acoperire nas și gură în timpul accesului de tuse și strănut, utilizare de șervețele de unică folosință pentru suflarea nasului, purtarea măștii de protecție de către persoana infectată) și sistemul de supraveghere continuă în gripă la nivel național și internațional.

Măsurile de profilaxie individuală reprezentată de vaccinarea antigripală reprezintă cea mai eficientă metodă de protecție împotriva virusului gripal, fiind disponibil și utilizat de peste 78 de ani, timp în care și-a demonstrat eficiența și siguranța. Cele mai utilizate sunt vaccinurile antigripale cu virusuri inactive și fragmentate. Compoziția vaccinurilor antigripale este stabilită anual de către OMS și este identică pentru toate vaccinurile, indiferent de firma producătoare sau țara în care sunt utilizate. Există și vaccin antigripal cu virus viu atenuat, tetravalent cu administrare intranazală, disponibil din sezonul gripal 2019-2020 și în România sub numele de Fluenz™ Tetra (utilizat actual la populația pediatrică 24 luni-18 ani)-poza 2. [7]

Pentru a obține o scădere a morbidității și mortalității prin gripă, OMS recomandă tuturor țărilor o acoperire vaccinală la populația de risc de peste 75%. Din păcate în România până la data de 19.03.2023 conform Institutului Național de Sănătate Publică au fost vaccinate antigripal 1.480.627 de persoane din grupele de risc (sub 10% din populația României). [8]

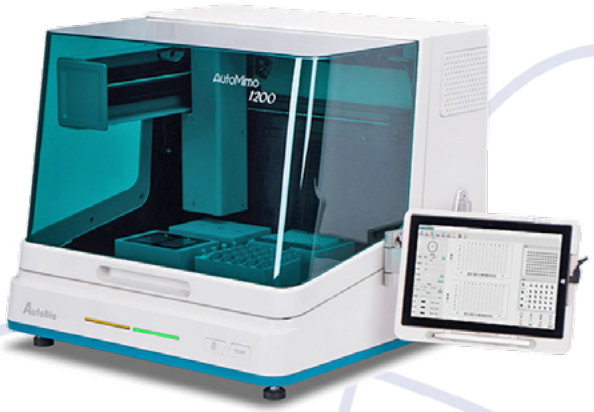
Bibliografie:

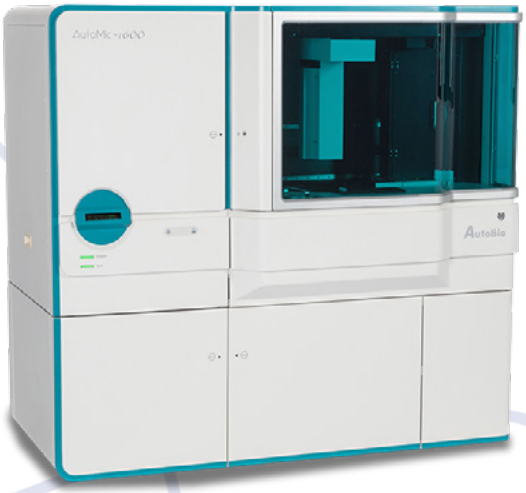
1. Voiculescu M. Boli Infecțioase ediția a III-a. Editura Medicală, 1981.
2. Kasper D. Fauci et all. Harrison´s Principles of Internal Medicine, 19 th Edition. Mc Graw Hill Education 2015.
3. Streinu-Cercel A., Aramă V. Gripa umană și aviară. Editura universitară „Carol Davila" București, 2006.
4. Mandell, Douglas, and Bennett's. Principles and Practice of Infectious Diseases 9th edition. Elsevier, 2020.
5. Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper. Harrison Boli Infecțioase. Editura ALL, 2020.
6. Streinu-Cercel A., Aramă V. Boli Infecțioase volumul 1. Editura universitară „Carol Davila" București, 2019.
7. Fluenz Tetra (rezumatul caracteristicilor produsului 2018).
8. https://insp.gov.ro/

Concluzii

În săptămâna 13-19.03.2023 au fost 99.969 de cazuri de infecții respiratorii [8] dintre care 2.356 de cazuri de gripă și 90 de decese de la începutul sezonului gripal, 2 dintre ele fiind înregistrate la pacienți sub 1 an. COVID-19 încă circulă în mediul înconjurător, împreună cu alți patogeni ce pot transmite infecții respiratorii. Gripa și co-infecția cu virusul SARS CoV-2 pot apărea la pacienții cu simptome similare. Este esențial să diagnosticăm co-infecțiile în special pentru conduita terapeutică. În continuare, recomandarea pentru pacienți rămâne vaccinarea ca singura metodă eficientă de prevenție pentru anumiți patogeni respiratori, cu scăderea riscului de co-infecți și forme severe.

Soluții automate de identificare microbiană





Stație automată AutoMimo 1200, Autobio	
Sistem conceput pentru a îmbunătăți eficiența pipetării și a optimiza fluxul de lucru	Volumul probei: 1 µL – 200µL
Mod de pipetare multiplă, pipetare continuă 1000 de godeuri pe oră	1 µL Repetabilitate de pipetare: CV≤1,4%
Precizie ridicată	200 µL Repetabilitate de pipetare: CV≤0,4%

Sistem Automat ID-AST AutoMic I600, Autobio	
Capacitate maximă: 64 parametrii	Temperatura zonei de incubare: 35°±1,5°
Incubator cu 64 de carduri	
Adăugarea automată a probei	Identificare bidirecțională
Viteza de pipetare: < 3 min/120	Trasabilitate precisă

Maldi-TOF cu sistem automat identificare și antibiogramă, Autof MS2000, Autobio
Instrument de tip „benchtop”
Viteză de lucru: 960 probe/oră
Laser cu 7 miliarde impulsuri
Rezultat în 0.1 secunde
Conexiune LIS bidirecțională
Pompă fără ulei (oil free pomp)
Laser solid-state 350 nm
Frecvență: 0-200 Hz rata repetării

Sistem automat de hemocultură BC 120, Autobio
Instrument de tip „benchtop“
Detectare continuă la fiecare 10 minute
Timp minim de detectare a probei pozitive de 3 ore
Procedura de operare din 3 pași: Click - Scan – Load

Sistem pentru analiza beta-glucanului, Toxinometru LIMUSAVE MT-7500, Fuji Wako
10 poziții de măsurare, extensibile până la 30 prin utilizarea a două module de extensie LIMUSAVE MT-7500
Acces aleatoriu la pozițiile de măsurare
Măsurarea începe automat după plasarea probei(e)
Monitor cu ecran tactil
Calibrare prin citirea unui card de calibrare prin cod de bare
Compatibilitate LIMS
Timp de măsurare maxim 90 de minute
Procedura simplă de testare fără a utiliza un banc de lucru cu flux laminar

Proton Impex 2000 SRL

Proton Impex 2000 SRL
63, Trilului Street, 030401 Bucharest
Tel/Fax: +40-21-224 5281; +40-31-425 0893
Mail: office@proton.com.ro
Website: http://proton.com.ro/
www.imagisticamedicala.ro
www.shimadzumedical.ro

Infecția cu virusul hepatitic C - la 34 de ani de la descoperire

Virusul hepatitic C (HCV), responsabil de apariția hepatitei postransfuzionale non-A, non-B din anii `70, a fost identificat abia în 1989 (de Harvey J. Alter, Michael Houghton și Charles M. Rice al căror efort a fost răsplătit cu Premiul Nobel în 2020), devenind o problemă globală de sănătate, responsabil de peste 170 milioane de cazuri de infecție cronică, cauză majoră de ciroză hepatică, carcinogeneză și necesitatea efectuării unui transplant hepatic, fenomen explicabil prin rata de vindecare naturală a hepatitei C, de doar 20%. Schimbarea evoluției naturale a infecției HCV, este rezultatul unor eforturi susținute ale cercetării farmaceutice, a metodelor de diagnostic precum și al medicilor epidemiologi și clinicieni, care au permis diagnosticul și tratamentul eficient al acestei infecții.

Prof. Univ. Dr. Victoria Bîrluțiu

Facultatea de Medicină Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu

În anul 1999, s-a inițiat ca tratament antiviral interferonul-alfa în combinație cu ribavirina, tratament asociat unei rate de vindecare de maximum de 30-40%, răspunsul terapeutic cel mai slab înregistrându-se la genotipul 1 al VHC, genotip dominant în țara noastră. Supravegherea terapiei săptămânal, era extrem de importantă, riscurile efectelor secundare fiind mari - afectarea cardiovasculară, tiroidiană, scăderea ponderală, alopecia, riscul de infecții bacteriene asociate leucopeniei și neutropeniei severe, anemia la pacienții cu deficit de G6PDH, depresie etc. În perioada 2001-2011, Peginterferon și ribavirina au reprezentat standard of care în terapia HCV, factorul predictiv pentru un răspuns virusologic susținut fiind obținerea nedetectabilității ARN-VHC la 4 săptămâni de tratament, eficiența fiind mai bună pentru genotipurile 2 și 3 [1,2], mai redusă pentru genotipul 1.

În anul 2011, odată cu identificarea moleculelor DAAs (direct-acting antiviral agents), telaprevir și boceprivir (inhibitori de proteaze NS3/4A), asociat terapiei cu interferon pegylat și ribavirină, s-a trecut la o nouă etapă terapeutică, cu creșterea ratei de răspuns susținut de 2,4-3,7 ori dar cu menținerea efectelor secundare [3,4].

În anul 2013, sofosbuvir, primul inhibitor de NS5B, asociat cu ledipasvir, a fost primul tratament de administrare orală, cu o durată limitată de 12 săptămâni și cu o rată de succes terapeutic extrem de mare, cu minime efecte secundare și o toleranță orală foarte bună. Identificarea de noi molecule orale a permis utilizarea terapiei antivirale și în țara noastră, pornind de la pacienții cu fibroză 4 și 3, ulterior la cei cu fibroză 2 sau 1 și în prezent la toți pacienții cu sau fără fibroză, cu virus replicativ, ceea ce va reduce semnificativ prevalența bolii. Noile molecule, vizează o acțiune pangenotipică (Glecaprevir-Pibrentasvir, Sofosbuvir-Velpatasvir), precum și o reducere a duratei tratamentului antiviral pentru grad mic de fibroză la 8 săptămâni. Terapia HCV permite actualmente o rată de vindecare de 98%.

Cazurile non-responsive la prima linie de terapie DAAs, beneficiază de sofosbuvir-velpatasvir-voxilaprevir, sau conform ghidului EASL de sofosbuvir-glecaprevir-pibrentasvir-ribavirină pentru 24 săptămâni.

OMS consideră că în 2030 [5,6], incidența HCV se va reduce cu 90% iar rata de deces cu 65%, atât prin optimizarea măsurilor de screening naționale cu prinderea tuturor adulților în testare, cât și prin accesul la terapia antivirală cât mai rapid, a minim 80% dintre pacienți.

În țările cu nivel economic redus, accesul la terapia antivirală rămâne unul redus, reprezentând un dezavantaj major în reducerea ratei de prevalență și incidență, eliminarea HCV fiind un deziderat greu de atins până în 2050, necesitând eforturi și susținere financiară din partea companiilor farmaceutice dar și a societății civile.

Bibliografie:

1. Fried, M. W., Hadziyannis, S. J., Shiffman, M. L., Messinger, D. & Zeuzem, S. Rapid virological response is the most important predictor of sustained virological response across genotypes in patients with chronic hepatitis C virus infection. J. Hepatol. 55, 69–75 (2011).
2. Mangia, A. et al. Peginterferon alfa-2b and ribavirin for 12 vs. 24 weeks in HCV genotype 2 or 3. N. Engl. J. Med. 352, 2609–2617 (2005).
3. Lamarre, D. et al. An NS3 protease inhibitor with antiviral effects in humans infected with hepatitis C virus. Nature 426, 186–189 (2003).
4. Hinrichsen, H. et al. Short-term antiviral efficacy of BILN 2061, a hepatitis C virus serine protease inhibitor, in hepatitis C genotype 1 patients. Gastroenterology 127, 1347–1355 (2004).
5. WHO. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021. Towards ending viral hepatitis. WHO Press, Geneva, June 2016 (WHO/HIV/2016.06).
6. Polaris Observatory. Countries on track to eliminate HCV by 2030. Center for Disease Analysis Foundation (CDAF), Polaris Observatory, 2017.

Entecavirum

Entecavir Sanience 0,5 mg
comprimate filmate

Alegerea eficientă și sigură pentru tratamentul hepatitei B cronice

Fabricat în Spania

- **Preț de referință pe sublista C1, coplată ZERO pentru pacienții asigurați**
- **Studiu de Bioechivalență cu design „cross-over" realizat în Spania**

Denumirea comercială a medicamentului: **Entecavir 0,5 mg comprimate filmate.** DCI – **entecavir. Compoziția**: un comprimat conține 0,5 mg entecavir. **Grupa farmacoterapeutică**: antivirale de uz sistemic, inhibitori nucleozidici și nucleotidici ai reverstranscriptazei, codul ATC: J05AF10. **Indicații terapeutice**: este indicat pentru tratamentul infecției cronice cu virusul hepatitei B (VHB) la **adulți** cu: **boală hepatică compensată** și dovezi de replicare virală activă, valori serice persistent crescute ale alanin aminotransferazei (ALT) și dovezi histologice de inflamație activă și/sau fibroză; boală hepatică decompensată la pacienți netratați anterior cu nucleozide cu infecție cu VHB cu AgHBe pozitiv și AgHBe negativ. De asemenea, Entecavir Sanience este indicat pentru tratamentul infecției cronice cu VHB la pacienți **copii și adolescenți** netratați anterior cu nucleozide, cu vârsta între 2 și <18 ani și boală hepatică compensată care au dovezi de replicare virală activă și valori serice persistent crescute ale ALT sau dovezi histologice de inflamație moderată până la severă și/sau fibroză. **Doze și mod de administrare**: *Boală hepatică compensată:* Pacienți netratați anterior cu nucleozide: **doza recomandată la adulți este 0,5 mg o dată pe zi**, cu sau fără alimente. Pentru pacienții care nu răspund la tratament cu lamivudină: **doza recomandată la adulți este de 1 mg în priză unică zilnică**, care trebuie administrată în condiții de repaus alimentar. *Boală hepatică decompensată:* **Doza recomandată pentru pacienții adulți cu boală hepatică decompensată este de 1 mg o dată pe zi**, care trebuie luată fără alimente. *Copii și adolescenți:* La pacienții copii și adolescenți cu greutatea corporală de cel puțin 32,6 kg trebuie să se administreze un comprimat de 0,5 mg, o dată pe zi, cu sau fără alimente. *Vârstnici:* nu este necesară ajustarea dozei în funcție de vârstă. Doza trebuie ajustată în conformitate cu funcția renală a pacientului. **Contraindicații**: Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare** *Insuficiența renală:* se recomandă ajustarea dozelor. *Exacerbarea hepatitei:* în cazul hepatitei cronice B, exacerbarea prin creșteri tranzitorii ale valorilor serice ale ALT. *Pacienții cu boală hepatică decompensată:* în special la cei cu boală Child-Turcot-te-Pugh (CTP) clasa C, s-a observat o frecvență mai mare a evenimentelor adverse hepatice grave (indiferent de cauzalitate), comparativ cu frecvența la pacienții cu funcție hepatică compensată. *Acidoza lactică și hepatomegalia severă cu steatoză:* în cazul utilizării analogilor nucleozidici, s-a raportat producerea acidozei lactice (în lipsa hipoxemiei), asociată, de regulă, cu hepatomegalie și steatoză hepatică. *Rezistența și precauții specifice la pacienții care nu răspund la tratamentul cu lamivudină:* Răspunsul virusologic trebuie monitorizat frecvent la populația care nu a răspuns la lamivudină și trebuie efectuate teste adecvate de rezistență. *Copii și adolescenți:* S-a observat o rată mai mică de răspuns virusologic. În cazul pacienților infectați concomitent cu HIV/VHB, tratamentul cu entecavir nu trebuie utilizat în lipsa administrării HAART. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea**: Nu există date adecvate privind utilizarea entecavir la gravide. Nu trebuie utilizat în timpul sarcinii, cu excepția cazurilor în care este absolut necesar. Nu există date privind efectul entecavirului asupra transmisiei VHB de la mamă la nou-născut. Ca urmare, trebuie utilizate măsuri adecvate pentru a preveni infectarea neo-natală cu VHB. Alăptarea trebuie întreruptă în timpul tratamentului cu Entecavir Sanience. **Reacții adverse**: cele mai frecvente reacții adverse indiferent de severitate, cel puțin posibil legate de administrarea entecavirului, au fost cefaleea, fatigabilitatea, amețelile și greața. Exacerbarea hepatitei în timpul și după întreruperea terapiei cu entecavir a fost, de asemenea, raportată. Data autorizării: aprilie 2018.

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PR.
Pentru informații complete consultați Rezumatul caracteristicilor produsului.
Acest material promoțional este dedicat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Sanience S.R.L.
Str. Fr, Chopin nr. 14, Sect. 2, București
info@sanience.ro

Rezistența la antibiotice și pandemia COVID-19

Problema rezistenței la antibiotice reprezintă una dintre cele mai importante probleme de sănătate publică la nivel global. În contextul pandemiei COVID-19, această problemă a devenit și mai urgentă, deoarece un număr mare de pacienți infectați cu SARS-CoV-2 au fost tratați cu antibiotice pentru infecțiile secundare [1]. Impactul pe care pandemia COVID-19 l-a avut asupra prescripției de antimicrobiene și a rezistenței la antimicrobiene a fost un subiect larg dezbătut.

Prof. Univ. Dr. Irina Magdalena Dumitru

Universitatea „Ovidius" din Constanța, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase din Constanța, Academia Oamenilor de Știință din România

Prof. Univ. Dr. Sorin Rugină

Academia Oamenilor de Știință din România, Academia de Științe Medicale din România

Au existat argumente împotriva creșterii rezistenței la antimicrobiene, iar acestea s-au bazat pe: consolidarea măsurilor de igienă și controlul infecțiilor, precum și pe schimbări profunde în comportamentul social [1,2]. Astfel, aplicarea acestor reguli în spitale, precum îmbunătățirea igienei mâinilor, curățarea suprafețelor, ar fi trebuit să reducă răspândirea bacteriilor multirezistente (MDR) care circulă în aceste medii. De asemenea, ca urmare a acestor măsuri, se aștepta ca și numărul infecțiilor asociate îngrijirii medicale (IAAM) să scadă, acest lucru ducând la reducerea consumului de antibiotice necesar tratării acestor infecții [1,2]. De asemenea, distanțarea socială ar fi putut limita transmiterea în comunitate a agenților patogeni circulanți precum Streptococcus pneumoniae sau Escherichia coli producători de beta-lactamaze cu spectru extins (ESBL), reducând astfel, consumul de antimicrobiene în mediul comunitar [1,2].

Au existat și argumente în favoarea unei posibile creșteri a rezistenței la antimicrobiene și a utilizării acestora [1,3]. Ca urmare a numărului crescut de pacienți spitalizați cu COVID-19 și a suprasolicitării serviciilor de sănătate, au fost întrerupte activitățile de control al infecțiilor, ceea ce a dus la răspândirea bacteriilor MDR și utilizarea crescută a antibioticelor necesare tratamentului infecțiilor intraspitalicești [1,3]. De asemenea, laboratoarele de microbiologie și-au direcționat eforturile către diagnosticarea infecției cu SARS-CoV-2, ceea ce a avut un impact negativ asupra diagnosticării infecțiilor bacteriene [1,3].

Este important să se facă distincție între coinfecții și infecțiile bacteriene secundare sau suprainfecțiile.

Coinfecțiile sunt acele infecții care sunt prezente la momentul internării, în timp ce infecțiile secundare sunt infecții asociate asistenței medicale din timpul spitalizării [4]. Se știe că infecțiile bacteriene concomitente sunt o complicație frecventă a infecțiilor virale ale tractului respirator. Diferite studii au analizat apariția, factorii de risc și etiologia infecțiilor bacteriene concomitente la pacienții cu COVID-19 [1]. O meta-analiză recentă a arătat că procentul de pacienți cu infecții bacteriene concomitente la momentul internării a fost de doar 3,5%, un procent dealtfel mic la acești pacienți [5]. Cu toate acestea, procentul de coinfecții este mai mare în cazul pacienților care necesită internare în secția de terapie intensivă și poate ajunge la valori de 30% [6]. Factorii de risc asociați cu coinfecțiile sunt vârsta înaintată și comorbiditățile, precum boala renală cronică, diabetul și afectarea cardiacă [6].

În ceea ce privește etiologia infecțiilor bacteriene concomitente apărute în comunitate, microorganismele cel mai frecvent izolate din probele respiratorii au fost Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae și Haemophilus influenzae [6]. De asemenea, germeni atipici precum Mycoplasma pneumoniae sau Chlamydia pneumoniae au fost detectați la acești pacienți [4,6].

Legat de infecțiile secundare, dobândite în cursul spitalizării, s-a observat că pacienții cu COVID-19 prezintă un risc crescut de a contracta infecții secundare, iar acest risc crește odată cu severitatea bolii COVID-19 și durata internării în spital. Mai multe studii au arătat că prevalența infecțiilor secundare variază între 4-22%, iar această prevalență poate fi mai mare de 45% la pacienții internați în terapie intensivă [6], timpul mediu pentru dezvoltarea unei infecții secundare fiind între una și două săptămâni [6]. Patogenii predominanți au fost bacteriile gram-negative, în special Klebsiella pneumoniae, urmate de Pseudomonas aeruginosa. Acești patogeni au fost asociați în principal cu pneumoniile de ventilație din secțiile de terapie intensivă. Printre bacteriile gram-pozitive, stafilococii coagulazo-negativi, precum și Enterococcus faecalis și Enterococcus faecium, urmate de S. aureus au fost cele mai comune cauze de infecții dobândite în spitale [6-8].

ELTA '90 MR

BRUKER

Sistemul MALDI Biotyper® Sirius IVD

Soluția sirius pentru microbiologie clinică

Sistemul MALDI Biotyper Sirius IVD include cele mai noi electronice și un sistem de vid de înaltă performanță, generând un timp până la obținerea rezultatelor accelerat, chiar mai rapid decât inainte. Având aceste îmbunătățiri inovatoare, la acest sistem se adaugă și laserul smartbeam™ de 200 Hz, cu detecție de ioni pozitivi și negativi. Capacitatea adițională a modului de analiză cu ioni negativi extinde aplicațiile de cercetare, precum analiza lipidelor (acest mod este destinat doar utilizării în scop de cercetare).

Inovarea Microbiologiei Clinice

Identificare microbiană cu viteză și acuratețe inegalabile.

CEA MAI BUNĂ TEHNOLOGIE
DE LA EXPERȚII
ÎN SPECTROMETRIE DE MASĂ

Identificarea microorganismelor prin amprenta moleculară
Sistemul MALDI Biotyper identifică microorganisme folosind tehnologia spectometrică de masă MALDI-TOF (Desorbție/Ionizare laser asistată de matrice-Timp de zbor) pentru a determina amprenta proteomică unică a unui microorganism. MALDI Biotyper măsoară proteine foarte abundente care se găsesc in toate microorganismele.
Pattern-ul caracteristic al acestor proteine sunt utilizate pentru a identifica în mod fiabil și precis un anumit microorganism prin potrivirea pattern-ului respectiv cu o bibliotecă de referință extinsă certificată IVD-CE.

Contact:

+4 021.232.26.94
office@elta90mr.ro
www.elta90mr.ro

În ciuda prevalenței scăzute a coinfecțiilor și infecțiilor secundare la pacienții cu COVID-19, un procent ridicat dintre aceștia au primit tratament cu antimicrobiene. Într-o meta-analiză publicată recent de Langford et al. asupra a 3.338 pacienți cu COVID-19 spitalizați, cu forme severe de boală, s-a raportat o prevalență a prescrierii de antibiotice de 74%, cu fluoroquinolone, macrolide, cefalosporine și combinații β-lactam- inhibitor de β-lactamază. Prescrierile au fost mai crescute la pacienții în vârstă și cei internați în terapie intensivă [5].

Diferite studii care au analizat consumul de antibiotice în timpul pandemiei COVID-19 descriu tendințe diferite în timp. În primele luni ale pandemiei, se descrie o creștere a consumului de amoxicilină-clavulanat, ceftriaxonă sau azitromicină, iar ulterior crește consumul de antibiotice cu spectru larg, precum carbapeneme, daptomicină, linezolid, ceftarolină și chiar combinații noi de cefalosporine/inhibitori de-β-lactamază, în special în secțiile de terapie intensivă [9,10]. Această tendință în prescrierea antibioticelor este asociată cu evoluția cazurilor de COVID-19 în spitale. Sunt din ce în ce mai mult raportate cazuri cu suprainfecții cauzate de patogeni ESKAPE, în special Enterobacterales producătoare de carbapenemaze, la pacienții cu forme severe de COVID-19 [8]. Ecologia locală, reprezentată de pool-ul de gene de rezistență și de clonele circulante cu risc ridicat joacă un rol important în epidemiologia bacteriilor MDR în mediul spitalicesc în timpul pandemiei de COVID-19 [1,11]. Mai mult, presiunea selectivă exercitată prin utilizarea excesivă a antimicrobienelor favorizează procesele de selecție și co-selecție ale acestor gene de rezistență, iar scăderea măsurilor de control al infecțiilor facilitează răspândirea și transmiterea acestora între pacienți [1,11].

Acest lucru se datorează faptului că bacteriile rezistente pot persista în mediu și pot continua să se răspândească, chiar și în absența presiunii antimicrobiene. În plus, genele de rezistență pot fi transferate între bacterii, permițând o răspândire rapidă [1,12].

Un studiu efectuat într-o unitate de terapie intensivă din Italia în timpul primului val de COVID-19 a raportat o creștere semnificativă a incidenței dobândirii Klebsiella pneumoniae rezistente la carbapeneme (CR-Kpn) (de la 6,7% în 2019 la 50% în martie-aprilie 2020) [1,12].

Mai multe rapoarte recente au descris o creștere a germenilor multidrog rezistenți (MDR) în timpul pandemiei COVID-19 [13-15]. Acinetobacter baumannii a fost cel mai comun patogen (35,8%), urmat de Klebsiella pneumoniae (30,8%) și Stenotrophomonas maltophilia (6,3%) [14]. Mai mult, rata de rezistență la carbapenem pentru A. baumannii și K. pneumoniae a fost de 91,2%, respectiv 75,5% [14].

Concluzii

Rezistența la antibiotice este o problemă importantă de sănătate publică în pandemia COVID-19. Prin urmare, este important să continuăm eforturile pentru a reduce utilizarea nejustificată a antimicrobienelor atât în spital, cât și în comunitate, în scopul de a păstra eficacitatea acestor medicamente esențiale pentru generațiile viitoare. Acest lucru poate fi realizat prin îmbunătățirea programelor de gestionare a antimicrobienelor și a campaniilor de educație publică care vizează reducerea utilizării inadecvate a acestor medicamente.

Bibliografie:

1. Ruiz-Garbajosa P, Cantón R. COVID-19: Impact on prescribing and antimicrobial resistance. Update on the management of SARS-CoV-2 infection. Rev Esp Quimioter 2021; 34 (Suppl. 1): 63-68. doi:10.37201/req/s01.19.2021.
2. Collignon P, Beggs JJ. CON: COVID-19 will not result in increased antimicrobial resistance prevalence. JAC Antimicrob Resist. 2020; 2:dlaa051. doi: 10.1093/jacamr/dlaa051
3. Clancy CJ, Buehrle DJ, Nguyen MH. PRO: The COVID-19 pandemic will result in increased antimicrobial resistance rates. JAC Antimicrob Resist. 2020; 2:dlaa049. doi: 10.1093/jacamr/dlaa049.
4. Rawson TM, Moore LSP, Zhu N, Ranganathan N, Skolimowska K, Gilchrist M, et al. Bacterial and fungal coinfection in individuals with coronavirus: a rapid review to support COVID-19 antimicrobial prescribing. Clin Infect Dis. 2020; 71:2459-2468. doi: 10.1093/cid/ciaa530.
5. Langford BJ, So M, Raybardhan S, Leung V, Westwood D, Mac-Fadden DR, et al. Bacterial co-infection and secondary infection in patients with COVID-19: a living rapid review and meta-analysis. Clin Microbiol Infect. 2020; 26:1622-1629. doi: 10.1016/j.cmi.2020.07.016.
6. Westblade LF, Simon MS, Satlin MJ. Bacterial coinfections in coronavirus disease 2019. Trends Microbiol. 2021 Apr 8:S0966-842X(21)00094-9. doi: 10.1016/j.tim.2021.03.018.
7. Baskaran V, Lawrence H, Lansbury LE, Webb K, Safavi S, Zainuddin NI, et al. Co-infection in critically ill patients with COVID-19: an observational cohort study from England. J Med Microbiol. 2021; 70(4). doi: 10.1099/jmm.0.001350.
8. O'Toole RF. The interface between COVID-19 and bacterial healthcare-associated infections. Clin Microbiol Infect. 2021; S1198-743X(21)00297-4. doi: 10.1016/j.cmi.2021.06.001.
9. Abelenda-Alonso G, Padullés A, Rombauts A, Gudiol C, Pujol M, Alvarez-Pouso C, et al. Antibiotic prescription during the COVID-19 pandemic: A biphasic pattern. Infect Control Hosp Epidemiol. 2020; 41:1371-1372. doi: 10.1017/ice.2020.381
10. Grau S, Echeverria-Esnal D, Gómez-Zorrilla S, Navarrete-Rouco ME, Masclans JR, Espona M, et al. Evolution of antimicrobial consumption during the first wave of COVID-19 pandemic. Antibiotics (Basel).2021; 10:132. doi: 10.3390/antibiotics10020132.
11. Cantón R, Gijón D, Ruiz-Garbajosa P. Antimicrobial resistance in ICUs: an update in the light of the COVID-19 pandemic. Curr Opin-Crit Care. 2020; 26:433-41. doi: 10.1097/MCC.0000000000000755.
12. Tiri B, Sensi E, Marsiliani V, Cantarini M, Priante G, Vernelli C, et al. Antimicrobial Stewardship Program, COVID-19, and Infection Control: spread of carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae colonization in ICU COVID-19 patients. What did not work? J Clin Med. 2020; 9:2744. doi: 10.3390/jcm9092744.
13. King LM, Lovegrove MC, Shehab N, Tsay S, Budnitz DS, Geller AI, et al. Trends in U.S. outpatient antibiotic prescriptions during the COVID-19 pandemic. Clin Infect Dis. 2020 Dec 29:ciaa1896. doi:10.1093/cid/ciaa1896. Epub ahead of print.
14. Han SM, Greenfield G, Majeed A, Hayhoe B. Impact of remote consultations on antibiotic prescribing in primary health care: systematic review. J Med Internet Res. 2020; 22:e23482. doi:10.2196/23482.
15. Buehrle DJ, Nguyen MH, Wagener MM, Clancy CJ. Impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on outpatient antibiotic prescriptions in the United States. Open Forum Infect Dis. 2020; 7:ofaa575. doi:10.1093/ofid/ofaa575.

Klintensiv®

DEZINFECTANȚI PENTRU ACASĂ. FĂRĂ COMPROMISURI

DEZINFECTANȚI PROFESIONALI DE CALITATE ÎNALTĂ CU ACȚIUNE BIOCIDĂ CERTIFICATĂ

Dezinfectanți pentru mâini și tegumente

Dezinfectanți pentru suprafețe

KLINTENSIV SRL
Șos. Alexandriei 544, oraș Bragadiru, județ Ilfov. Tel: 0742.193.981
office@klintensiv.ro • www.klintensiv.ro

Meningita otogenă

Although antibiotic therapy and more careful and systematic otological surveillance in frequency compared to the past, mastoiditis-osteitis of the mastoid apophysis-continues to remain a condition worthy of being taken into consideration by the practitioner, both due to the location and general disturbances it causes,as well as by the persistence of the possibility of encocranial complications including autogenous meningitis. Given their always reserved prognosis, these complications, although they are decreasing both in number and in severity due to earlier and more correct detection and treatment, it must continue to be under the care of the ENT doctor, the infectious disease specialist and the pediatrician.

Dr. Miorița Toader

Medic primar ORL, Dr. Șt. Med.
Sp. Clinic de Urgență Pentru Copii
„Grigore Alexandrescu" București

Abstract

Cu toate că antibioterapia și supravegherea otologică mai atentă și mai sistematică a pacienților pediatrici i-a scăzut ca frecvență față de trecut, mastoidita –osteita apofizei mastoide-continuă să rămână o afecțiune demnă de a fi luată în considerare de practician, atât prin tulburările locale și generale pe care le provoacă, cât și prin persistența posibilității producerii unor complicații endocraniene, printre care și meningita otogenă.

Dat fiind prognosticul lor totdeauna rezervat, aceste complicații, cu toate că sunt în scădere atât ca număr cât și ca gravitate, datorită depistării și tratamentului mai precoce și mai corect, trebuie să rămână în continua atenție a otologului, infecționistului și a pediatrului.

Introducere

Datorită raporturilor intime pe care urechea medie și cavitățile sale anexe, antrul și celulele mastoidiene le are cu craniul și conținutul acestuia, infecția se poate extinde la diversele organe situate la acest nivel.

Cauza determinantă principală a mastoiditei este otita medie supurată (calea de pătrundere a infecției fiind aditusul), mastoiditele fără otită-datorate unui traumatism al apofizei sau unei infecții generale. Acestea sunt extrem de rare, de aceea denumirea de „otomastoidită„ este mai indicată decât cea de „mastoidită„.[1] Condițiile favorizante sunt diverse: lipsa de drenaj sau drenajul insuficient al secreției purulente din urechea medie în cursul unei otite medii supurate (prin existența unei perforații timpanice mici, sus plasată); virulența și osteofilia agentului patogen (pneumococul, streptococul hemolitic, virusul gripal sau rujeolic, etc.) în cadrul unor epidemii cu afinitate otomastoidiană deosebită; diseminarea infecției otice prin practicarea unor spălături intempestive auriculare cu presiune exagerată; persistența obstrucției și infecției nazofaringiene și nazale; structura pneumatică a apofizei mastoide; climatul rece și umed; terenul deficitar (diateza exudativă, diabetul, distrofia, alergia, etc,). [1]

Infecția se poate extinde pe cale de continuitate, prin ferestrele labirintice, apeductele vestibulului și melcului, canalele vasculare și nervoase, conductul auditiv intern, dehiscențele și fisurile osoase. O altă cale este calea de contiguitate, prin extinderea procesului osteitic la tabla osoasă care acoperă toate aceste organe. Supurația auriculară poate oricând afecta organe endotemporale ca labirintul și nervul facial sau organe endocraniene precum meningele, sinusurile venoase, cerebelul și creierul.[1]

În fața agravării sau a prelungirii unei stări febrile și a cefaleei la un pacient pediatric cu supurație auriculară, mediculi orl-ist, în colaborare cu medicul infecționist și pediatru, sunt obligați să caute cu grijă semnele patognomonice fiecăreia din complicațiile endotemporale sau endocraniene otogene.

Meningita otogenă, cea mai frecventă complicație endocraniană a otomastoiditelor, reprezintă inflamația meningelor cerebrale și cerebeloase produsă de extinderea infecției pornită de la un focar otomastoidian. Aceasta poate constitui prima treaptă spre alte complicații endocraniene ca flebita sinusului lateral, abcesul cerebral sau cerebelos sau se poate asocia uneia din acestea.[2]

Etiopatogenie

Meningita are drept cauză determinantă otita sau otomastoidita acută sau cronică reîncălzită, care acționează asupra meningelui primitiv sau prin intermediul unei petrozite, labirintite, tromboflebite a sinusului lateral sau unui abces encefalic. Condițiile favorizant sunt: hipervirulența agentului patogen al otitei acute; traumatismele operatorii sau accidentale; forma colesteatomatoasă sau osteitică a otitei supurate cronice; lipsa de tratament sau tratamentul insuficient al supurațiilor otomastoidiene. Agentul patogen cel mai incriminat este streptococul, apoi H.Influenzae, stafilococul, pneumococul, etc.[1]

Pătrunderea infecției de la nivelul urechii sau mastoidei la meninge se poate face prin: canalele osoase ale nervului facial, timpanic sau pietros; prin continuitate prin dehiscențele de la nivelul plafonului antrului sau căsuței timpanului; prin canalul petro mastoidian; prin fracturile stâncii.[1,2]

Tablou clinic

Tabloul clinic al meningitei otogene diferă cu precocitatea apariției dar și cu forma anatomopatologică.

În special în epitimpanitele din epidemiile grave de gripă, în cursul otitelor medii supurate acute, meningitele se pot manifesta la copil de la debutul otitei, prin toate semnele clasice. Acestea sunt: febră mare, redoarea cefei, cefalee intensă, semnul Kernig și Brudzinski, contracturi musculare. În aceste situații se pot întâlni mai multe forme anatomoclinice: **reacția meningiană și meningismul** care sunt prezente în otitele supurate acute la sugar și copilul mic, cu febră, vărsături, stare de agitație; **hidrocefalia** manifestată prin convulsii, distensia fontanelei, hipertensiune accentuată a lichidului cefalorahidian; **meningitele localizate**, reprezentativ fiind abcesul subdural cu simptome asemănătoare abceselor encefalice sau cele reziduale tumorilor cerebrale; **meningitele septice supraacute** cu evoluție rapidă și care presupune intervenție de urgență.[1,3]

Debutul bolii este de obicei insidios, cu apariția unor semne premonitorii-febră mare la un bolnav operat, apariția unei paralizii de oculomotor extern sau facial, apariția unor dureri oculare sau a unor semne de reacție labirintică. Manifestările clinice sunt: cefalee intensă, rahialgii, vărsături, iritabilitate, hipersensibilitate la zgomot și lumină, jenă la mișcarea de flexie a gâtului și durere la apăsarea pe regiunea retromandibulară și la nivelul cefei.

Perioada de stare a afecțiunii cuprinde în formele tipice, care sunt din ce în ce mai rare datorită mascării fenomenelor de către tratamentul cu antibiotice, o serie de simptome subiective și obiective caracteristice (generale, neurologice, lichidiene, locale). Simptomele generale constau în indispoziție generală, febră mare în platou uneori și frisoane, puls neregulat, tahicardie, respirație neregulată, splenomegalie, limbă saburală, slăbire, oligurie, albuminurie, hiperleucocitoză cu polinucleoză.[1]

Simptomele subiective și funcționale constituie triada clasică meningitică: cefalee, vărsături de tip cerebral și constipație, care uneori poate fi înlocuită cu diaree.[2,3]

Simptomele neurologice constau din: tulburări motorii- trismus, scrâșnirea dinților, convulsii, poziția cocoș de pușcă sau ortotonus sau opistotonus, redoarea cefei, semnul Kernig și Brudzinski; exagerarea reflexelor cutanate și tendinoase; tulburări senzitive ca hiperestezia cutanată; tulburări psihice ce constau în obnubilație care alternează cu perioade de agitație și de delir halucinatoriu; tulburări vasomotorii evidențiate prin dunga meningitică Trousseau; tulburări senzoriale vizuale, acustice și vestibulare.

Examenul local mastoidian arată simptomele caracteristice otitei medii supurate acute sau cronice. Examenele imagistice pun în evidență un proces osteitic cu estomparea conturului tablei interne.[1,4]

Puncția lombară sau suboccipitală trebuie practicată la primele simptome clinice de meningită și repetată în toate perioadele evolutive ale afecțiunii, și care pune mereu în evidență o hipertensiune a lichidului cefalorahidian.

Aspectul macroscopic al lichidului poate fi clar-meningita seroasă- sau poate fi tulbure-meningita purulentă, după numărul elementelor celulare pe care le conține-de la câteva sute la câteva mii, cu predominanța polinuclearelor neutrofile, alterate și integre-.

Examenul bacteriologic arată pe frotiu prezența unuia sau a mai multor tipuri de germeni (coci grampozitivi și bacili gramnegativi în meningita septică) sau absența oricărui germen în meningita aseptică.

Examenul biochimic evidențiază o creștere marcată a albuminelor, iar clorurile și glucoza sunt scăzute.[1]

Modificările citologice ale lichidului cefalorahidian sunt extrem de importante pentru stabilirea diagnosticului, numărul elementelor arătând dacă meningita evoluează spre vindecare sau spre agravare.

Diagnosticul pozitiv este facil, dacă supurația auriculară este cunoscută și dacă fenomenele meningeale sunt complete și caracteristice. De multe ori avem de a face cu cazuri oligosimptomatice, cu apariția la un copil cu otită sau cu otomastoidită chiar operată a unor tulburări ce ar putea fi expresia afectării meningelui. Astfel de manifestări cum ar fi o cefalee intensă, o ascensiune febrilă neregulată, o ușoară redoare a cefei, trebuie să ne facă să bănuim posibilitatea apariției unei meningite și să căutăm cu maximă atenție semnele clinice, radiologice și lichidiene caracteristice.[1,5]

Evoluția meningitei otogene, corect și la timp tratată, este de obicei spre vindecare. Această situație este radical schimbată față de trecut, când prezența acestei complicații constituia, cu rare excepții, un verdict de deces pentru copil. Cu toate progresele chirurgiei otologice și rezultatele deosebite ale administrării antibioterapiei, această patologie își păstrează gravitatea sa, în special prin posibilitatea apariției frecvente a recidivelor.

Prognosticul poate fi rezervat dacă depistarea meningitei s-a făcut târziu, tratamentul a fost tardiv și insuficient, organismul copilului este lipsit de rezistență (distrofici, alergici, cu diateză exudativă, diabet, etc.), agentul patogen este hipervirulent.

De cele mai multe ori meningita otogenă la copil, ca și la adult se manifestă de abia după un timp de la debutul otitei sau otomastoiditei, fie că este vorba de forma acută sau de cea cronică (mastoidită acută nediagnosticată, operată tardiv și incomplet sau otită medie supurată cronică colesteatomatoasă sau osteitică).[1,6]

În astfel de situații, cea mai frecventă este forma difuză a meningitei septice, care cuprinde întreg complexul simptomatic al unei inflamații meningeale.

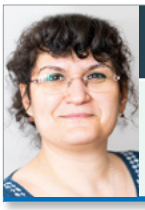
Tratamentul meningitei otogene, ca și al celorlalte complicații ale supurațiilor auriculare, se va adresa afecțiunii cauzale dar și afectării meningelui.

Bibliografie

1. Cornelia Păunescu-Otorinolaringologie pediatrică; Editura Medicală, București 1981;376,383,387-390
2. Brofman A.V.&colab-Ridicarea activității imunologice a organismului, mijloc eficient în tratarea otitelor medii supurate cronice, ORL,231-232
3. Gatti Manacini C.-Le mastoidite prenatale,121
4. Golăescu M.&colab-Asupra evoluției otitelor și otoantritelor la sugar sub tratament cu antibiotice; Viața Medicală,121-130
5. Păunescu C.-Complicațiile endocraniene otogene, ORL Editura Medicală, București,284-326
6. Klos J.-Terapia modernă în otoreele cronice la copii, ORL,201-204

Craiova Connects, un concept care inspiră

În perioada 6-9 aprilie 2023 s-a desfășurat la Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova ediția a doua a Congresului „Craiova Connects". De altfel, Craiova Connects este un concept în sine, poate cel mai îndrăzneț și mai inovator din România.



Prof. Univ. Dr. Xenia Negrea

Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Un „congres al echipelor", cum s-a exprimat într-un rând prof. univ. dr. Dan Ionuț Gheonea, rectorul UMF Craiova și unul dintre organizatorii de bază, Craiova Connects este, de fapt, un rezultat al modului modern de a înțelege și de a face medicina. Iar modernitatea în medicină este sinonimă cu deschiderea și acceptarea nebănuitelor nuanțe ale cunoașterii. Deschidere, în medicină, înseamnă aprofundare. Aici au condus, de pildă, descoperirile geneticii prin care vorbim de medicamentele biologice în tratarea cancerului sau de terapia cu celule stem. Postmoderna „autostradă informațională" nu a generat în cunoașterea medicală o perplexitate vecină cu sterilitatea sau cu bavardajul energofag, ci mai mult curaj, mai multe informații care puse împreună contribuie la bunăstarea pacientului, adică a unui eu, complex, care nu mai permite o abordare simplistă, liniară, unidirecțională. Interacțiunea cu pacientul de azi se face în mai multe etape, din diverse unghiuri, sincronic și diacronic, în funcție de variabilele fiecărui caz, fiecărei întâlniri.

„Cel mai inovativ" concept de eveniment academic medical din România, așa cum sună declarația de principii a congresului, exact această realitate o observă și o supune atenției lumii medicale academice, dar și opiniei publice. Interdisciplinaritatea, cuvântul-cheie al medicinei moderne, își dovedește imensul potențial.

Lansat anul trecut, de Ziua Mondială a Sănătății, Congresul a reunit cei mai importanți specialiști din trei specialități medicale: Gastroenterologie, Reumatologie și Dermatologie. Au fost atunci trei zile de lucru intens, cu aproximativ 500 de participanți on site și peste 1000 de participanți online.

Momente-cheie la Craiova Connects

Anul acesta, congresul s-a extins la patru zile, iar programul a fost extrem de complex. S-au reunit în aulele, amfiteatrele și laboratoarele universității craiovene cei mai importanți specialiști din gastroenterologie, obstetrică-ginecologie și diabet-nutriție. Întâlnirile au debutat din zorii zilei de 6 aprilie, cu o serie de hands on training-uri în cele trei specialități conectate anul acesta. În centrele de simulare ale UMF Craiova, medicii tineri și rezidenții au beneficiat de câteva ore intense de aplicații sub coordonarea unor medici specialiști din diverse centre universitare din țară. S-au exersat endoscopii, proceduri terapeutice în gastroenterologie, ecografii fetale și ginecologice, studierea unor cazuri din obstetrică, terapia pacientului diabetic.

După deschiderea oficială din eleganta Aula Magna a UMF Craiova, la care au participat alături de conducerea universității craiovene, reprezentanți ai societăților medicale implicate în congres, lucrările au continuat în același spațiu sub tema „Interferences between specialities". Au participat trei dintre membrii echipei de organizare, care au demonstrat exact miza „Craiova Connects". Cele trei intervenții s-au numit: „Why and when I need a obstetrician and/or a diabetologist in my practice" (prof. univ. dr. Dan Ionuț Gheonea), „Why and when I need a gastroenterologist and/or a diabetologist in my practice" (prof. univ. dr. Ștefania Tudorache), „Why and when I need a gastroenterologist and/or a diabetologist in my practice" (conf. univ. dr. Mihaela Vladu). Dedicată dialogului și interconectivității, prima zi a Congresului a continuat cu Panelul „Metabolic medicine and its interferences". Aici, prof. univ. dr. Gabriela Radulian a susținut o comunicare despre medicina metabolică și nutrițională, prof. univ. dr. Gabriela Roman a abordat noua paradigmă în managementul diabetului, iar prof. univ. dr. Laura Mihalache a conferențiat despre rolul echipei multidisciplinare în abordarea obezității. Prima zi s-a încheiat cu o serie de conferințe speciale, care au și electrizat audiența, susținute de prof. univ. dr. Gabriel Constantinescu, prof. univ. dr. Claudiu Mărginean și prof. univ. dr. Bogdan Timar.

Ziua a doua a fost dedicată întâlnirilor pe specialități. Cei aproape 500 de participanți au intrat pe paneluri, iar ziua s-a dovedit prea mică, timpul prea puțin pentru multitudinea și calitatea abordărilor. „Hot topics in IBD", „Hot topics in viral hepatitis", „The ultrasound – the window to the fetus", „Improving the neonatal outcome step by step", „The fetal heart and more", „Female infertility ad Assisted Reproductive Techiniques (ART)" sunt câteva dintre panelul de la Gastro și ObGyn. Dintre panelurile dedicate diabetului și bolilor nutriționale amintim: „Diabetes mell it us – a major health issue", „Diabetes and pregnancy", „Obesity – a major health issue", „Diabetes and cardiovascular risk". Încheiate seara târziu, întâlnirile științifice au continuat și în ziua următoare, a treia a Congresului, care și urma să aducă multe surprize participanților, în așa fel încât experiența craioveană să însemne pentru fiecare dintre cei prezenți în Aula Magna cel puțin un moment de inspirație, de motivație, dacă nu chiar un moment al deciziilor ceva mai profunde.

ZirComBi

Favorizează și susține echilibrarea microbiotei intestinale!

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* BB536® (4 miliarde per plic), *Lactobacillus rhamnosus* HN001 (1 miliard per plic) și vitamina B6 (clorhidrat de piridoxină, 1,4 mg*).
*100% valoare nutritivă de referință.

Zir-Fos®

Pentru reechilibrarea microbiotei intestinale

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* BB536® (5 miliarde per plic), fructo-oligozaharid Actilight și complex de vitamine B* (B1=1,1 mg; B2=1,4 mg; B6=1,4 mg; B12=2,5 µg).
*100% valoare nutritivă de referință.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. ZirComBi și Zir-FOS sunt un suplimente alimentare. Citiți cu atenție prospectele și informațiile de pe ambalaje. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la aceste produse la adresa de e-mail: contact@addenda.ro.

Alfasigma România S.R.L.
str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
tel.: 031.805.35.26, 031.805.35.27; fax: 031.805.35.28
e-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

Simulare de caz. Drills and debates. Craiova Connects, 2023. Aula Magna, UMF Craiova

Hands on. Craiova Connects, 2023

Craiova Connects, 2023. Official opening

Cronologic, dimineața celei de-a treia zile i-a readus pe participanți în amfiteatre, la întâlnirile pe specialități. „Hot topics in neuroendocrine tumors" în Gastroenterologie, „Operative gynecology" în Obsterică și Ginecologie, respectiv „V-obsesity – a major health issue" în Diabet-Nutriție, sunt panelurile care au făcut ca discuțiile să se prelungească mult după ora anunțată pentru încheierea sesiunilor științifice, cu atât mai mult cu cât oaspeții UMF Craiova au trebuit să se reunească pentru o jumătate de zi extrem de intensă în Aula Magna.

Ziua surprizelor și aplauzelor

Ziua a treia a adus, așadar, o serie de evenimente academice care fac din Craiova Connects o întâlnire de referință în lumea medicală universitară. Astfel, puțin după ora prânzului, a avut loc un eveniment unic în România, din perspectiva studiului și înțelegerii medicinei: Residents Debates – on drills. Organizatorii au creat un exercițiu de simulare a unor cazuri complicate, ajunse în urgență, cazuri care implică specialiști din cele trei specialități în jurul cărora a fost construită ediția de anul acesta a Craiova Connects. Două paciente, mai mult sau mai puțin cooperante, ajunse în Urgență, au fost supuse evaluării, diagnosticării și tratării de către două echipe de tineri medici rezidenți. Aceștia au trebuit să lupte în echipă pentru susținerea integrală a participării lor la congrese internaționale. Simularea, susținută cu multă generozitate de excepționalele actrițe ale Teatrului Național „Marin Sorescu" din Craiova, Monica Ardeleanu și Iulia Colan, a implicat întreaga audiență, care a răsplătit efortul echipei Craiova Connects cu minute bune de aplauze. Echipele concurente au fost: Dragoș Oancea (Gastro), Denisa Boștină (NutriDiab) și Valentin Nechifor (ObGyn), respectiv Remus Stafie (Gastro), Andreea Andrița (NutriDiab) și Vlăduț Săsăran (ObGyn). Insistăm să consemnăm imensul curaj al acestor tineri medici, echilibrul, stăpânirea de sine, extraordinara putere de adaptare pe care le-au dovedit cu asupra de măsură.

A câștigat spiritul Craiova Connects, adică spiritul de echipă și încrederea în căile moderne către vindecare.

Tinerii medici au continuat să rămână în centru atenției, prin panelul „Clinical Application between specialties". Echipe interdisciplinare de rezidenți au prezentat cazuri deosebite care au implicat colaborarea între specialitățile medicale: „Insulinoma with carcinoid syndrome – diagnostic and therapeutic challenges" prezentat de Bogdan Ungureanu (Gastro), Adina Popa (NutriDiab), „Biliary lithiasis in pregnancy – therapeutic atittude of the team" prezentat de Vasile Sandru (Gastro), Andreea Mihart Constantin (ObGyn), „Adjuvant antiobesity medication after bariatric endoscopy: a new dream team?" prezentat de Gheorghe Balan (Gastro), Maria Magdalena Roșu (NutriDiab), respectiv „Neglected hepatitis C during pregnancy" prezentat de Lucian Zorilă (OgGyn), Mihai Sacerdoțianu (Gastro).

Ultima parte a zilei a fost dedicată comunicării, respectiv explicării și educării spiritului de echipă, o abilitate nu foarte ușor de dobândit și care necesită eforturi intense, continue, exact ca medicina. Sub titlul „Competition and/or collaboration in the medical world" Dorin Dancu și Florin Enache, doi traineri experimentați de la „Inspires" au implicat întreaga audiență într-un exercițiu de autocunoaștere și comunicare despre care credem că va rămâne un punct de referință în dezvoltarea personalităților tuturor celor care au fost prezenți în după-amiaza zilei de 8 aprilie 2023 în Aula Magna a UMF Craiova. Nu vom povesti mai multe, ci vă invităm să vă fixați în agenda academică pentru anul 2024 începutul lunii aprilie, când va avea loc ediția a treia a Congresului „Craiova Connects".

Echipa înseamnă succes sigur

În ciuda intensității și consistenței acestei a treia zi de congres, istoria ediției 2023 se scrie și în a patra zi, cu peste patru ore dedicate cunoașterii în lumea medicală, echipei medicale și legăturii intrinsece dintre cercetare și practică. Ultima zi de Congres a fost dedicată, așadar, workshop-urilor și transmisiilor live din centrele UMF Craiova. Participanții reuniți tot în Aula Magna au avut șansa să asiste la o serie de intervenții realizate de echipe medicale multidisciplinare.

În felul acesta, întâlnirile participanților la ediția a doua a Congresului „Craiova Connects" s-au încheiat. Dar ecourile continuă să străbată, să lege centrele universitare medicale din țară într-o comunitate dedicată cunoașterii, educației și sănătății.

Nucleul managerial al evenimentului a însemnat de data aceasta: prof. univ. dr. Dan Ionuț Gheonea, prof. univ. dr. Ștefania Tudorache, prof. univ. dr. Dominic Iliescu, prof. univ. dr. Mihaela Vladu. În jurul lor s-a construit o adevărată comunitate alcătuită din individualități dedicate, fiecare cu rolul său, pe care l-a îndeplinit cu asupra de măsură. De aceea, se cuvine să spunem că succesul acestei ediții se datorează exclusiv echipei UMF Craiova.

Pentru cei care doresc să afle mai multe despre cum a fost anul acesta la „Craiova Connects" îi invităm să acceseze canalele de comunicare ale UMF Craiova, paginile de socializare, Youtube, unde vor găsi o secțiune întreagă dedicată conceptului „Craiova Connects" și bineînțeles, pe site-ul https://www.craiovaconnects.org/

Atellica™ Solution

SIEMENS Healthineers

SANTE International S.A.
Str. Mântuleasa, nr. 33, sector 2, București
telefon: 021.252.04.01, www.sante.ro
e-mail: contact@sante.ro

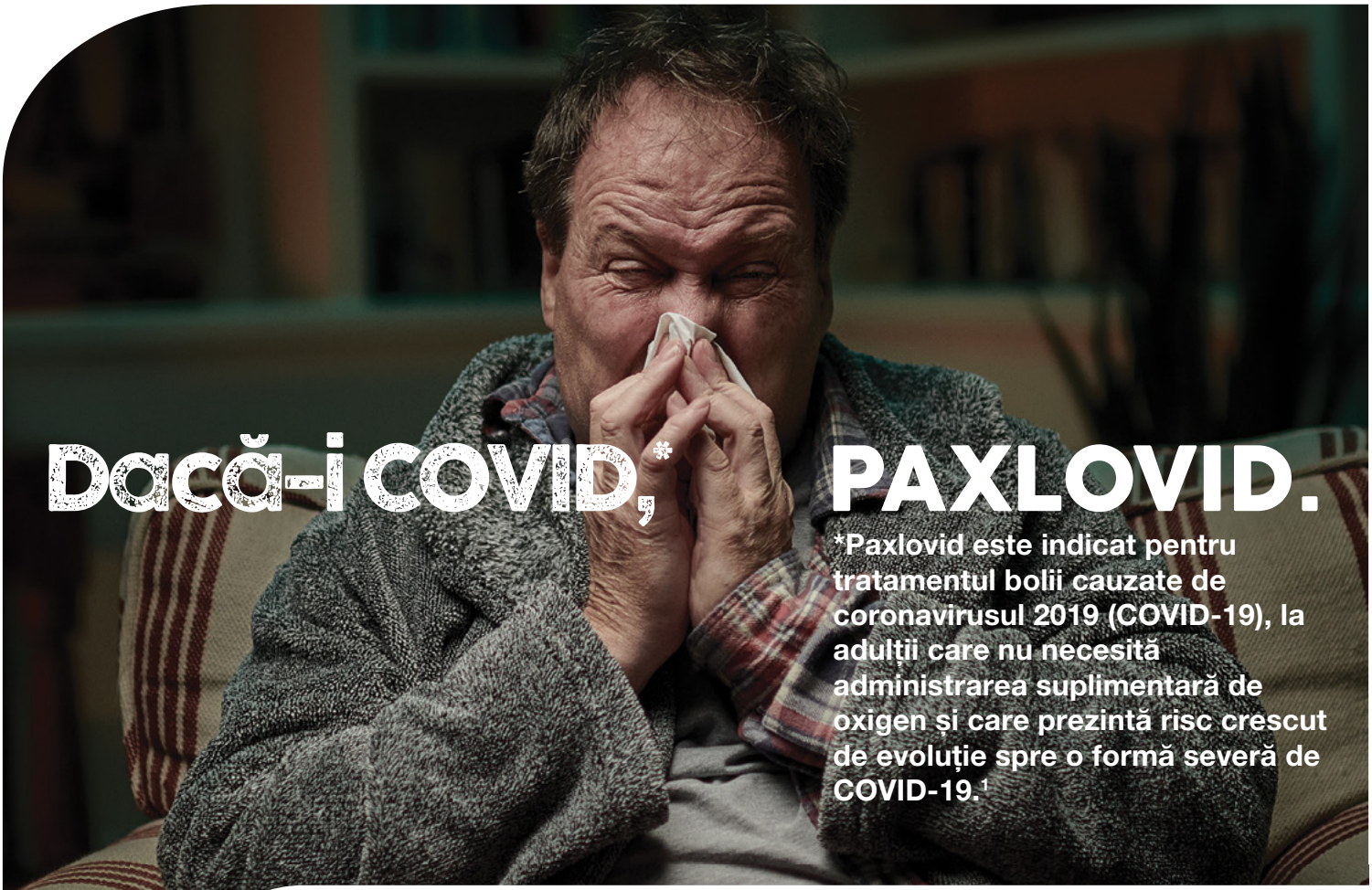
SANTE INTERNATIONAL S.A.

Simplificați-vă fluxul de lucru în laborator cu analizoare integrate-biochimie și imunologie - care rulează simultan o gamă largă de teste folosind tehnologii de testare de încredere.

Atellica® Solution
Productivitate și precizie maximă atunci când contează cel mai mult!

Atellica Solution - flexibil, scalabil, poate fi conectat la linia de automatizare **APTIO** pentru a oferi o soluție multidisciplinară completă de laborator; cu tehnologie patentată de transport magnetic bidirecțional și individual al probelor, calibratorilor și controalelor către fiecare analizor - **Atellica Magline Transport**; cu până la 10 componente care pot fi combinate în peste 300 de configurații personalizabile, în formă liniară, L sau U; un meniu larg de teste cu tehnologii de încredere.

Beneficii oferite de Atellica Solution:
Flexibilitate – configurare sau upgrade în funcție de necesitățile laboratorului;
Scanarea codurilor de bare 360 grade;
Calibrarea și controlul intern se efectuează automat;
Reducerea erorilor, rapiditate și predictibilitate TAT;
Echipat cu un soft inteligent ce permite optimizarea modului de lucru, probele STAT fiind prioritare;
Softul Service Assist va atenționa inginerii de service cu privire la piesele de schimb ce urmează a fi schimbate, la erorile apărute. Soluționarea problemelor în exploatarea analizoarelor se efectuează remote până la sosirea inginerului de service.
Sistemul de management permite gestionarea stocurilor, pacienților, erorilor și va oferi date statistice real-time cu privire la activitatea din laborator.



Începeți tratamentul cât mai curând posibil după ce s-a stabilit diagnosticul de COVID-19 și în interval de 5 zile de la debutul simptomatologiei.[1]

86%[2] Reducerea relativă a riscului de spitalizare sau deces conform studiului EPIC-HR.[3]

*Eficacitatea Paxlovid se bazează pe analiza interimară și analiza finală de susținere a EPIC-HR, un studiu de fază 2/3, randomizat, în regim dublu orb, controlat cu placebo efectuat la participanți adulți simptomatici, nespitalizați cu un diagnostic de infecție SARS-CoV-2 confirmat de laborator, care au avut cel puțin un factor de risc pentru progresia către boala severă. Endpoint-ul primar a determinat proporția de participanți cu spitalizare corelată COVID-19 sau deces din orice cauză până în ziua 28, pe baza tratamentului în primele 3 zile de la debutul simptomatologiei. Endpoint-ul secundar a determinat in mod similar proporția de pacienți tratați în primele 5 zile de la debutul simptomatologiei.[3]

Referințe:
1. PAXLOVID®, Rezumatul caracteristicilor produsului, versiunea cea mai recentă, disponibilă prin scanarea codului QR alăturat:
2. Comunicat de presă Pfizer: ”Pfizer Announces Submission of New Drug Application to the U.S. FDA for PAXLOVID® | Business Wire” din 30 iunie 2022.
3. Hammond J, Leister-Tebbe H, Gardner A, et al. Oral nirmatrelvir for high-risk, nonhospitalized adults with COVID-19. N Engl J Med. 2022;386(15):1397-1408.

Pfizer

Paxlovid®
nirmatrelvir 150 mg comprimate filmate | ritonavir 100mg comprimate filmate

Pfizer România S.R.L., Willbrook Platinum Business and Convention Center, Șos. București-Ploiești 172-176, Clădirea B, Etaj 5, Sector 1, 013686, București, Tel: +40 21 207 28 00; Fax: +40 21 207 28 01

PP-PAX-ROU-0048