

**Pitesti**

# **Conferinta Nationala de Tabacologie**

**“Parteneriatul medical în lupta antifumat”**

**Rezumate**

**Editia a V-a  
21-23 noiembrie 2013  
Hotel Ramada**



Pentru pacienții cu BPOC, care necesită tratament de întreținere

**Onbrez<sup>®</sup> Breezhaler<sup>®</sup>**



***Ingredientul esențial în  
managementul de succes  
al BPOC***

Administrare unică/zi  
**onbrez<sup>®</sup>**   
**breezhaler<sup>®</sup>**  
indacaterol pulbere inhalatorie

 **NOVARTIS**



**Prof. Univ. Dr. Florin Mihaltan**  
**Președinte SRP**



**Dr. Ioana Munteanu**  
**Președinte Secțiune Tabacologie**

**Dragi colegi,**

*Avem deosebita plăcere de a va invita la cea de a V-a Conferință a Secțiunii de Tabacologie a Societății Române de Pneumologie "Parteneriatul medical – o soluție spre o lume fără fumat".*

*Prin obiectivele propuse Conferința se dorește o primă etapă în aderarea României la inițiativa Organizației Mondiale a Sănătății „The endgame for tobacco”. În această nouă strategie, care anunță decesul fumatului, trebuie creat climatul care să permită guvernanților să acționeze în sensul implementării acesteia și în al doilea rând, să pregătească publicul, printr-un uriaș efort educațional.*

*Programul științific cuprinde subiecte ce abordează rolul fumatului în cadrul patologiei pulmonare și nu numai, prelegerile fiind susținute de specialiști în mai multe domenii. Organizarea unor manifestări medicale cu această temă fiind și recomandarea Dr Margaret Chan Director-General al Organizației Mondiale a Sănătății la International Conference on Public Health Priorities in the 21st Century: the Endgame for Tobacco, New Delhi, India, 11 September 2013.*

*În speranța ca tematica abordată de Conferință va corespunde cerințelor d-voastră vă așteptăm cu drag să parcurgem împreună acest drum spre "endgame" ce trebuie pregătit și susținut cu grijă pe termen lung.*

**Florin Mihaltan,**  
**Președinte SRP**

**Ioana Munteanu,**  
**Președinte Secțiune Tabacologie SRP**

### **COMITETUL ȘTIINȚIFIC**

Prof. Dr. Florin Mihălțan, Conf. Dr. Antigona Trofor, Prof. Dr. Monica Pop, Conf. Dr. Doina Todea, Prof. Dr. Gabriela Jimborean, Dr. Magdalena Ciobanu, Prof. asoc. Dr. Cristian Didilescu, Prof. asoc. Dr. Ruxandra Ulmeanu, Prof. asoc. Dr. Emilia Crisan, Prof. Dr. Constantin Marica, Prof. Dr. Ioan Cordos, Sef lucrari Dr. Stefan Mihaicuta, Sef lucrari Dr. Oana Arghir

### **COMITETUL DE ORGANIZARE**

Dr. Cristian Paleru, Sef lucrari Dr. Milena Man, Dr. Monica Marc, Dr. Corina Marginean, Dr. Marioara Micu , Dr. Adriana Mariana Sandu, Dr. Cristiana Felicia Stanescu, Dr. Carmen Liliana Badea, Dr. Loredana Nicoleta Marmandiu, Asist. med. lic. Nicoleta Constantin, Dr. Emilia Tabacu, Asist. Nicoleta Comanita

A- V-A CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ DE TABACOLOGIE  
"PARTENERIATUL MEDICAL - O SOLUȚIE SPRE O LUME FĂRĂ FUMAT"

Program sesiunea medici

**Joi, 21.11.2013**

**12:00- 16:00- Manifestări dedicate Zilei Naționale fără fumat  
Amfiteatru Cc1, Universitatea din Pitesti**

**18:00-19:00 – Deschiderea conferinței**  
Prezentarea activității secțiunii  
Alocuțiuni ale invitaților

**Lansarea Ghidului European de Renunțare la Fumat  
Ghidul oficial pentru o înțelegere amănunțită a implicațiilor și a  
implementării tratamentelor și strategiilor pentru tratarea  
dependenței de tutun.**

**Prima ediție - Octombrie 2012**

**Ediția în limba română – Noiembrie 2013**

Elaborarea acestui raport a fost sprijinită prin granturile educaționale nelimitate acordate de Pfizer Limited și de Servier Pharma.

**Anunțarea rezultatelor alegerilor pentru Președinte și Membrii comitetului  
Secțiunii de Tabacologie a SRP**

**20:00 Cocktail oferit de Societatea Română de Pneumologie**

**Vineri, 22.11.2013**

**8:00- 9:00 Înregistrarea participanților**

**9:00- 9:15 Deschiderea lucrării**

**SESIUNEA 1: Epidemiologia tabagismului și a bolilor respiratorii induse de acesta**  
**Moderatori: Prof. dr. Florin Mihălțan, Dr. Ioana Munteanu**

**9:15- 9:35 Tabacologia românească între realizări și limite**  
Prof. dr. Florin Mihălțan, Dr. Ioana Munteanu - București

**9:35- 9:55 Aspecte epidemiologice ale cancerului pulmonar în contextual actual  
al pandemiei tabagice**  
Prof. Asoc. Dr. Cristian Didilescu – Craiova

**9:55- 10:15 Epidemiologia bolilor pulmonare induse de fumat**  
Dr. Ioana Munteanu, Prof. dr. Florin Mihălțan - București

**10:15- 10:35 Programul național de control al consumului de tutun din Romania  
–actualități și perspective**  
Dr. Teodora Ciolompea; Dr. Magdalena Ciobanu Ministerul Sănătății

**10:35-10:40 Discuții**

**10:40 -11:15 Simpozion Novartis**

**11:15- 11:30 Pauza de cafea**

**11:30-12:30 Masă Rotundă– Universități fără fumat și importanța lor în reducerea  
prevalenței fumatului la adult**

Invitați : Prof. dr. Kikeli Pall Isvan, Dr.Zoltan - UMF Tg.Mures, Prof. dr.  
Florin Mihălțan, Sef. luc. C. Paleru - UMF București, Conf. dr. Antigona Trofor - UMF  
Iasi, Conf. dr. Doina Todea - UMF Cluj, Sef. Lucr. Dr. Edith Ianoși, Dr. Corina Marginean

- Tg Mureș, Conf. Univ. Dr. Mihai Man responsabil ECTS Asistenta Medicala -  
Universitatea Pitești, Conf. dr. Mimi Nitu, Prof. asoc dr. Cristian Didilescu - UMF  
Craiova, Prof. Dr. Asoc. Ruxandra Ulmeanu - UMF Oradea

**12:30-13:30 Pauza de masa**

**Sesiunea 2: Aspecte particulare ale tabagismului**  
**Moderatori: Conf. Dr. Antigona Trofor, Conf. Dr. Mimi Nițu**

**13:30- 13:50 Femeile și fumatul**  
Conf. dr. Antigona Trofor – Iași

**13:50- 14:10 Fumatul la vârstnic**  
Milena Adina Man, Bianca Domokos, Ruxandra Rajnovanu, Carmen Monica Pop  
Universitatea de Medicina si Farmacie Iuliu Hatieganu, Cluj

**14:10- 14:30 Fumatul pasiv la locul de muncă o problemă de sănătate publică**  
Conf. dr. Doina Todea, Dr. Andreea Coman- Cluj

**14:30- 14:50 Fumatul pasiv la adolescent**  
Dr. Alina Abrudan, Dr. Monica Marc – Timișoara

**14:50- 15:10 Efectele fumatului la „mana a treia”**  
Dr. Damaris Varuti (Ardelean), Conf. Dr. Mimi Nițu, Dr. Mihai Olteanu, Dr.  
Mădălina Olteanu - Craiova

**15:10-15:30 Simpozion Astra Zeneca**

**15:30-15:45 Pauză de cafea**

**15:45-16:05 Simpozion Angelini**

**Sesiunea 3: Cancerul Bronhopulmonar aspecte de diagnostic și tratament**  
**Moderatori: Dr. Paleru Cristian, Conf. Univ. Dr. Mihai Man**

**16:05- 16:25 Relația cancer bronhopulmonar și tutun**  
Conf. Dr. Mimi Nițu, Dr. Mihai Olteanu, Dr. Mădălina Olteanu, Dr. Damaris  
Varuti (Ardelean) - Craiova

**16:25- 16:45 Aspecte morfopatologice ale leziunilor preneoplazice pulmonare  
determinate de fumat**  
Conf. Univ. Dr. Mihai Man, responsabil ECTS Asistenta Medicala

Universitatea Pitești  
**16:45- 17:05 Strategia terapiei personalizate a cancerului pulmonar -reper  
practice**

Prof. Asoc. Dr. Ruxandra Ulmeanu, Prof. Dr. Florin Mihaltan, Dr. Andreea  
Vladau, Oradea București

**17:05- 17:25 Rolul mediastinoscopiei în stadializarea cancerului bronhopulmonar**  
Dr. Cristian Paleru; Dr. Valerian Cristian Pavaloiu; Dr. Vlad Popescu; Dr.  
Andrei Boboceca; Dr. Olga Danaila; Dr. Ciprian Bolca; dr. Ioan Cordos;

**17:25-17:45 Metode minim invazive chirurgical versus metode invazive în  
evaluarea patologiei mediastinale**  
Dr. Cristian Valerian Pavaloiu; Dr. Vlad Popescu; dr. Ciprian Bolca; Dr. Olga

**Sâmbătă, 23.11.2013**

**Sesiunea 1: Fumatul în relație cu bolile obstructive cronice**

Moderatori: Conf. Dr. Doina Todea , Dr. Roxana Nemeș

**9:00- 9:20 Fumatul activ și pasiv – factor de risc pentru dezvoltarea și exacerbarea astmului**

Dr. Edith Simona Ianos, Prof.Dr. Gabriela Jimborean, Dr. Alexandra

Comes

**9:20- 9:40 Modificări ale funcției pulmonare la pacienții fumători asimptomatici**

Dr. Corina Marginean – Tg. Mureș

**9:40- 10:00 Fumatul pasiv și riscul de astm și BPOC la copil**

Dr. Mihaela Oros – București

**10:00- 10:20 Ancheta națională BPOC – aspecte ale fumatului**

Dr. Roxana Nemeș, Prof.Dr. Florin Mihălțan, Dr. Florentina Furtunescu,

Dr. Dana Farcasanu, Dr. Ioana Daramus – București

**10:20- 10:40 Complicații pulmonare la fumători după intervențiile din chirurgia cardiacă**

Dr. Corina Mărginean, Dr. Mărginean Virgil, Dr. Monica Antal

**10:40- 10:50 Pauză de cafea**

**Sesiunea 2: Aspecte particulare ale sevrajului nicotinic**

Moderatori: Prof.dr. Florin Mihălțan, Prof.dr. Ruxandra Ulmeanu

**10:50- 11:10 Particularitățile sevrajului nicotinic la pacienții cu boli pulmonare**

Dr. Ioana Munteanu, Prof.Dr. Florin Mihălțan - București

**11:10- 11:30 Complanța la tratamentul de sevraj nicotinic**

Prof.Dr. Florin Mihălțan, Dr. Ioana Munteanu - București

**11:30-11:50 Dreptul la un mediu sănătos și consumul de tutun în legislația națională și europeană**

Prof. univ. dr. Eugen CHELARU, Asist. univ. dr. Ramona Duminiță, Universitatea din Pitești, Facultatea de Drept și Administrație Publică

**11:50- 12:10 Promovarea unui stil de viață fără tutun**

Dr.Eliza Lupu, DSP Arges

**12:10- 12:30 Recuperarea și reeducarea respiratorie funcțională - implicațiile tabagismului la sportivi și nesportivi**

Ene Daniela, Doctor Kinetoterapeut Principal Spital Clinic Sf. Maria, București; Tătaru Tiberiu, Doctor Kinetoterapeut Principal, Spitalul de Pneumoftiziologie Tudor Vladimirescu, Târgu-Jiu; Iulia Delia Capitanescu, Doctorand UMF Craiova; Copcă Narcis, Medic chirurg, cercetător de gradul I Spital Clinic Sf. Maria, București

**12:30– 12:40 Pauza de cafea**

**12:40 -14:30 Prezentari orale**

Moderatori Prof. Asoc. Dr. Cristian Didilescu, Dr. Oana Arghir

**Importanța combaterii fumatului la tinerii adulți atopici**

Dr. Mihaela Trechea, Dr. Oana Arghir – Constanța

**Impactul fumatului asupra patologiei respiratorii la pacienți internați în Spitalul PNF Leordeni**

Dr. Marioara Micu , Dr. Adriana Sandu Spitalul PNF Leordeni

**Fumătorii, utilizatorii de droguri ilicite și tuberculoza - rămân asociate**

**Dr. Roxana Nemeș, Dr. Ramona Nedelcu, Prof.Dr. Florin Mihălțan - București**  
**Statusul de fumător la pacienții cu tuberculoză pulmonară internați în Spitalul PNF Leordeni în anul 2012**

Dr. Marioara Micu, Dr.Sandu Adriana Spitalul PNF Leordeni

**Impactul fumatului în pneumotoraxul spontan primitiv**

Dr.Ciprian Bolca, Dr. Tudor Mateescu, Dr. Olga Dănăilă, Dr.Valerian Păvăloiu,Dr. Cristian Paleru, Dr. Ioan Cordoș Clinica de Chirurgie Toracică, Institutul Național de Pneumologie "Marius Nasta", București

**Consecințele distrofiei musculare prin absența merozinei la nivelul plămânului**

Dr. Daniela Bică, Craiova, As. Furtună Alina

**Poate fi chirurgul toracic un bun bronhoscopist?**

Dr. Petrache I., Dr. Voiculescu V. , Dr. Burlacu O., Dr. Țunea C., Dr. Cozma G., Dr. Miron I., Dr. Nicola A.,Dr. Nicodin Al.

**Sunt interesați medicii cardiologi de sevrajul nicotinic?**

Dr. Ioana Munteanu, Dr. Monica Marc,Dr. Iulia Balasa, Dr. Ana-Maria Salariu, Prof.Dr. Fl. Mihălțan – București, Timișoara

**14:30- 15:00 CONCLUZII FINALE, ÎNCHIDEREA CONFERINȚEI**

**Program Sesiunea de Asistenți și Kinetoterapeuți**

**Sambata, 23.11.2013**

**Sala Onix**

**8:30-9:00 Inregistrarea participantilor**

**9:00-10:00 Tigarile electronice**

dr.Ioana Munteanu

**10:00-10:45 Ingrijirea paliativă a pacienților cu boli respiratorii cronice în stadiul terminal**

dr. Emilia Tabacu

**10:45-11:00 Pauza cafea**

**11:00-12:00 Recuperarea și reeducarea respiratorie funcțională – implicațiile tabagismului la sportivi și nesportivi**

medic ktp. Tiberiu Tataru

**12:00-13:00 Ingrijiri medicale, oxigenoterapie, nebulizare- terapie, aparatura medicală**

As.med.lic.Nicoleta Constantin

**13:00-13:30 CONCLUZII FINALE, ÎNCHIDEREA CONFERINȚEI**

## Rezumate lucrari

### Tabacologia romaneasca între realizări și limite

Prof.dr. FI Mihaltan, Dr. Ioana Munteanu - Bucuresti

Organizația Mondială a Sănătății propune o nouă inițiativă „The endgame for tobacco”. În această nouă strategie, care anunță decesul fumatului, trebuie creat climatul care să permită guvernanților să acționeze în sensul implementării acesteia și în al doilea rând, să pregătească publicul, printr-un uriaș efort educațional .

În România oscilăm între susținerea legislației , dar fără afectarea industriei tutunului care "Este al doilea mare contributor la bugetul statului după Petrom", a declarat pentru HotNews.ro Varujan Vosganian, ministrul economiei și educația medicală continuă, acțiuni de promovare a sănătății susținute de diverse asociații medicale profesionale(ex. Societatea Română de Pneumologie), ONG-uri și Ministerul Sănătății.

## Aspecte epidemiologice ale cancerului bronhopulmonar în contextul actual al pandemiei tabagice

Prof.asoc.dr.Cristian Didilescu-UMF Craiova

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, consumul de tutun reprezintă principala cauză de deces din lume. În anul 2011, numărul fumătorilor de pe întreg mapamondul era estimat la 1 miliard. Consumul de tutun era la sfârșitul deceniului trecut de 48% în Pacificul de West, de 24% în Europa, 11% în America, etc. Mai mult de 5 milioane de oameni mor din cauza efectelor tutunului în fiecare an – mai mult decât cei care mor din cauza infectării cu HIV/SIDA, malariei și tuberculozei. Până în 2030, dacă nu sunt luate măsuri urgente, povara anuală de deces prin tutun va crește până la peste 8 milioane. 20% dintre decesele legate de tutun în lume se datorează cancerului bronhopulmonar (CPB). Fumatul e incriminat în 90% din cancerele pulmonare. La nivel mondial, CPB este cea mai frecventă cauză de deces legată de cancer la bărbați și femei, fiind responsabil pentru 1,38 milioane de decese anual, începând din 2008. În Uniunea Europeană incidența anuală a CPB este de 52,5%ooo iar mortalitatea anuală este de 48,7%ooo. Pe sexe incidența anuală este de 82,5%ooo pentru bărbați și de 23,9%ooo pentru femei iar mortalitatea de 77%ooo la bărbați și respectiv 22,3%ooo la femei. În România, 37,4% bărbați, 16,4% femei și peste 26,6% persoane în vârstă de > 15 ani (4,85 milioane) fumează curent , incidența CPB fiind de 37,29 %ooo (2011) iar rata standardizată de mortalitate prin CPB de 37,85%ooo (2010). Programul STOP FUMAT se poate dovedi benefic, influențând favorabil evoluția în timp ai indicatorilor epidemiometric ai CPB.

## Epidemiologia bolilor pulmonare induse de fumat

Dr. Ioana Munteanu, Prof. Dr. FI Mihaltan - Institutul de pneumologie "Marius Nasta" Bucuresti

Fumatul este un factor de risc major în 6 din cele 8 cauze de mortalitate principale din lume , boli pulmonare fiind cele mai importante . În Europa, 650.000 de decese / pe an sunt atribuite fumatului .Fumul de la țigară rezulta prin arderea tutulnului la o temperatura de 800 de grade Celsius . Acesta conține 4000 de produse chimice și aproximativ 60 sunt cancerigene . După inhalare persistenta , ceea ce reprezintă fumatul , acesta determină la nivel pulmonar inflamație , risc ridicat de infectare și carcinogeneza . Deci, putem vorbi despre boli , în care fumatul este direct implicat și are efecte negative asupra evoluției lor . Astfel de boli sunt boli pulmonare obstructive cronice si cancer pulmonar .Riscul la fumatori , a dezvolta si a muri de aceste boli este mult mai mare în comparație cu nefumatorii .

Când vorbim despre predictorii de mortalitate : FEV1 % ( OR : 0,62 , 95 % CI 0.5-0.75 ) , dispnea ( OR 1.92 , 95 % CI 1.2-3 ) , vârsta ( OR 2.41 , 95 % CI 1.6-3.6 ) sunt comuni pentru astm și BPOC iar exacerbarile si spialitarile anterioare i ( OR 1.53 , 1.2-2 ) precum si numarul de pachete an ( OR 1.15 , 95 % CI 1.1-1.2 ) sunt independent legate de mortalitate respiratorie in BPOC.

## Femeile și fumatul

Dr. Antigona Trofor  
Clinica Pneumologica, U.M.F. "Gr.T.Popa" Iasi

### Rezumat:

Evidentierea particularitatilor consumului de tutun la femei vs. barbati are in vedere trecerea in revista a datelor din literatura de specialitate referitoare la: aspecte epidemiologice, caracteristici specifice ale consumului tabagic si dependentei nicotinic, riscul de sarcina si nastere al fumatoarelor, alaturi de implicatiile nocive ale fumatului asupra produsului de conceptie, precum si anumite tendinte si consecinte singulare ale patologiei determinate de expunerea atat activa cat si pasiva a femeilor la tutun.

Sunt subliniate importanta si dificultatile renuntarii la fumat la femei, cu trimiteri practice utile tuturor categoriilor de clinicieni implicati in asistarea in vederea renuntarii la fumat. De asemenea sunt revizuite la zi terapiile destinate opririi fumatului, cu accentuarea celui mai potrivit algoritm terapeutic adaptat profilului feminin al subiectului fumator.

O atentie deosebita se acorda abordarii de specialitate in privinta educatiei pentru prevenirea consumului de tutun in randul adolescentelor, ca si managementului pacientei fumatoare cu afectiuni cauzate de fumat si al gravidei fumatoare.



## Fumatul la varstnic

Dr. Milena Adina Man, Dr. Bianca Domokos, Dr. Ruxandra Rajnovanu, Dr. Carmen Monica Pop  
Universitatea de Medicina si Farmacie Iuliu Hatieganu, Cluj  
Napoca

Fumatul reprezinta principala cauza de mortalitate prematura la pacientii varstnici, in principal data de cancer si boli cardiovasculare. Pacientii varstnici fumatori au o mortalitate mai mare legata de cancere, boli respiratorii sau boli cardiovasculare comparativ cu nefumatorii. Pacientii peste 60 de ani care resusesc sa renunte la fumat isi cresc speranta de viata cu 30%. Rata de succes a abandonului este mai mare la pacientul varstnic comparativ cu adultii tineri, mai probabil data de prezenta bolilor asociate si a frecventelor spitalizari. Numarul mare de ani, numarul mare de tigari fumate zilnic precum si putinele tentative de abandon fac renuntarea la fumat foarte dificila la varstnic. Motivatia abandonului este foarte diferita fata de pacientii tineri. Studiarea obiceiurilor si a patternului de fumator ar putea evidentia cele mai utile abordari pentru cresterea ratei de succes a abandonului la aceasta categorie vulnerabila de pacienti.

Repetarea sustinuta a beneficiilor abandonarii fumatului precum si a riscurilor continuarii consumului de tutun, de preferat inaintea aparitiei simptomelor de sevraj, ar putea ajuta pacientii in consilierea abandonului.

Cand e prea tarziu sa te lasi de fumat? Niodata nu e prea tarziu, iar abandonul chiar si la varsta avansata are un impact pozitiv major asupra calitatii vietii individului precum si a starii de sanatate a populatiei. Campaniile anti fumat si interventiile specifice care sa vizeze pacientii varstnici sunt necesare nu doar in Romania, cat si numeroase tari din Comunitatea Europeana.

## Fumatul pasiv la locul de muncă o problemă de sănătate publică

Conf. Dr. Doina Todea, Dr. Andreea Coman – Cluj

### Rezumat

Efectele expunerii la fumatul pasiv asupra starii de sănătate constituie actualmente o sfera de interes continuu, intrucât expunerea pasiva la fumul de tigară continuă să persiste la nivel global. Efectele expunerii profesionale la fumatul pasiv sunt cauzatoare de patologii cronice precum cancerul bronho-pulmonar, boala pulmonară obstructivă cronică, astmul, bolile cardio-vasculare și afectarea deasemenea statusul global de sănătate al organismului. Legislația de interzicere a fumatului la locul de muncă determină reducerea rapidă a expunerii profesionale la fumatul pasiv și astfel îmbunătățește stărea de sănătate, simptomele și funcția pulmonară, previne dezvoltarea cancerului bronho-pulmonar și a bolilor cardiovasculare. Expunerea ocupațională la fumatul pasiv are consecințe negative asupra sănătății, consecinta in timp fiind, de reducere a supravietuirii. Legislația de intezicere a fumatului la locul de muncă ar trebui universal adoptată la nivel global. Cuvinte cheie: fumat pasiv, expunere profesională, patologii cronice, legislație, prevenție.

## Fumatul pasiv la adolescent

Dr. Marc Monica - medic primar pneumolog, Spitalul Clinic V. Babes Timisoara

Dr. Abrudan Alina - medic specialist pneumolog

În 1992 într-un raport al Agenției de Protecție a Mediului se confirmă că expunerea la fumul de tutun poate cauza afecțiuni respiratorii la copiii și adolescenți. În noiembrie 1999 Institutul National pentru Cancer din SUA a publicat un raport extins despre riscurile expunerii la fum de tutun.

O treime din copii cu părinți fumători, vor începe să fumeze înaintea vârstei majoratului. Copii din medii defavorizate socio-economic sunt mai expusi la fumul de țigară în interiorul casei. În România, 31,3 % din populație fumează, iar 8 din 10 copii sunt expusi fumului de tutun acasă. Copiii mici au un risc mai mare de expunere la fum comparativ cu adulții. După expunerea la niveluri similare de fum de tutun ambiental, nivelurile de cotină la copii sunt aproximativ cu 70% mai mari decât cele de la adulți, probabil deoarece copiii au frecvența respiratorie mai mare. Cei mai puternici predictorii individuali ai expunerii la fumatul pasiv (evaluată prin cotină salivară) au fost dacă părinții au fost fumători și dacă au fumat în interiorul casei

Numeroase studii dovedesc faptul că fumatul involuntar are efecte sociale, cât și medicale asupra copiilor.

## Efectele fumatului la “mâna a treia”

Dr. Varuti Damaris, Conf. Dr. Mimi Nitu, Dr. Mihai Olteanu, Dr. Madalina Olteanu

Fumatul reprezintă cea mai importantă cauză de deces ce poate fi evitată, întotdeauna periculos, neexistând “exces periculos” sau “consum fără pericol”.

Fumatul de “mâna a treia” se referă la reziduurile toxice produse de fumul de țigară care aderă la diferite suprafețe și persistă multă vreme după ce fumul din aer s-a risipit sau fumătorul parasete încăperea. Reziduurile tutunului prin activitatea mutagenă pot favoriza apariția cancerului. Acestea se găsesc pe mobilier din locuințe, husele din mașină, părul fumătorilor, pereții încăperilor. Copii sunt cei mai expuși la fumatul “de mâna a treia” pentru că interacționează mult cu obiectele din interiorul încăperilor și din mașină. Copiii expuși au un risc foarte mare de astm, infecții respiratorii, dezvoltare inadecvată pulmonară și sindromul morții subite infantile (SIDS). Numai 43,3% dintre fumători cred că fumatul “de mâna a treia” afectează sănătatea copiilor. Medicii pediatri trebuie să informeze părinții fumători asupra riscului propriilor copii.

Cuvinte cheie: reziduu toxic, fumatul “de mâna a treia”

## Relația dintre Cancerul bronhopulmonar și tutun

Dr. Mimi Nitu, Dr. Mihai Olteanu, Dr. Cristina Calarasiu, Dr. Varuti Damaris, Dr. Madalina Olteanu,

Tutunul este responsabil de 87% dintre cancerurile bronhopulmonare conținând 4000 substanțe chimice, 40 substanțe cancerigene și 500 substanțe otrăvitoare. În România anual mor 33.000 persoane din cauza fumatului, însemnând un deces la fiecare 16 minute. În 1950 se publică primul studiu major care atrage atenția asupra relației fumat – CBP “Fumul de țigară- posibil factor etiologic în CBP”; 96,5% dintre pacienții cu CBP incluși în acest studiu erau fumători cronici.

Asocierea dintre CBP și fumat se însoțește de morbiditate și mortalitate înaltă. CBP ocupă locul 1 în decesele prin toate tipurile de neoplazii la bărbați și locul 3 la femei. Rata de supraviețuire la 5 ani este de numai 15% și peste 90% din decesele cancerelor bronhopulmonare sunt atribuite fumatului. Ce putem face pe viitor? Renunțarea la fumat cât mai repede. După un an de la abandonul fumatului riscul de atac cardiac este redus la jumătate față de fumători, după 10 ani riscul de cancer pulmonar este redus la jumătate față de fumători iar după 10-15 ani riscul de deces la un fost fumător se apropie de cel al unui nefumător.

Cuvinte cheie: tutun, Cancer bronhopulmonar

## Aspecte morfopatologice ale leziunilor preneoplazice pulmonare determinate de fumat

Conf. Univ. Dr. George Mihail MAN,  
medic primar anatomopatolog – Universitatea din Pitești

Cancerul bronho-pulmonar (CBP), determinat predominant de fumat, reprezintă cauza principală de deces prin cancer, însumând mai multe decese decât cancerul mamar, de colon și de prostată la un loc. Leziunile bronșice preinvazive reprezintă o etapă în evoluția spre cancerul bronho-pulmonar invaziv, descoperirea lor ducând la creșterea posibilităților de chemo-prevenție.

Întrucât este necesară depistarea precoce prin teste foarte sensibile a leziunilor preneoplazice bronho-pulmonare, unele fiind utile inclusiv în cadrul programelor de screening.

Dintre acestea mai importante sunt metodele de diagnostic microscopic: examenul citologic al sputei, aspiratul bronșic, lavajul bronhiolo-alveolar, biopsia bronșică ca urmare a bronhoscopiei.

În urma unui studiu statistic realizat în Laboratorul de Anatomie Patologică a Spitalului Județean de Urgență Pitești asupra evoluției leziunilor preneoplazice pulmonare în anii 2011-2012 s-au înregistrat următoarele rezultate:

- rata de regresie a leziunilor preneoplazice este de cca. 50%.
- rata de progresie către carcinom in situ și cancer invaziv oscilează între 25% (la displaziile cu grad redus) și 50% (pentru displaziile cu grad crescut de transformare malignă).
- evoluția spre malignizare per total forme histologice de leziuni pre-neoplazice este de cca. 15%.

Concluzii:

1. Per ansamblu rezultă că pacienții cu leziuni de displazie severă și carcinom in situ au un risc crescut de a face cancer invaziv. Riscul se datorează distribuției multifocale a leziunilor în locuri mult îndepărtate. Astfel a apărut noțiunea anatomo-clinică de “câmp de cancerizare” unde întreg epiteliul bronșic este expus la carcinogen.
2. Întreruperea fumatului nu mai influențează evoluția spre malignitate iar leziunile displazice în totalitate nu dispar.

## Strategia terapiei personalizate a cancerului pulmonar – repere practice

Prof. Asoc. Dr. Ruxandra Ulmeanu, Prof. Dr. Florin Mihaltan, Dr. Andreea Vladau

Mutatiile EGFR active, prezente pe suprafata celulelor neoplazice, desi raspandite in toate tipurile histologice de cancer pulmonar, predomina doar la pacientii cu adenocarcinom, si mai cu seama in populatia asiatica de sex feminin, nefumatoare – caracteristica epidemiologica deloc de neglijat (caucazienii au o incidenta mica a mutatiilor EGFR).

Mutatiile EGFR la pacientii cu neoplasm pulmonar sunt responsabile de raspunsul la terapia cu agenti inhibitori de tirozin kinaza (TKI), utilizati ca prima linie de tratament. Majoritatea studiilor arata un beneficiu semnificativ cost-eficienta in cazul terapiei moleculare tintite vs chimioterapia citotoxica standard. In aceasta comparatie, supravietuirea fara progresia bolii este semnificativ crescuta. Dar, terapia moleculara tintita poate fi folosita ca tratament adjuvant sau alternativ dupa esecul chimioterapiei citotoxice, mai ales ca tumora primara poate fi testata ulterior pentru mutatiile EGFR in caz de remisie a bolii.

Agentii EGFR-TKI sunt excelent tolerati de pacientii cu neoplasm pulmonar comparativ cu terapia standard. Pneumonita de hipersensibilitate legata de terapia cu EGFR-TKI are o rata scazuta a incidentei in cazul utilizarii Gefitinib, mult mai rar in terapia cu Erlotinib, si se constata in paralel o incidenta mai mare in populatia asiatica comparativ cu cea caucaziana, o explicatie posibila fiind poate administrarea pe scara mai larga a terapiei tintite la asiatici.

Conform datelor epidemiologice si, in plus, prin prisma evaluarii mutatiilor cu tehnici minim invazive (EBUS), testarea mutatiilor EGFR poate fi utilizata de rutina in neoplasmul pulmonar, in particular stadiul avansat, mai ales ca tehnicile moderne de detectare imunohistochimie si analiza citogenetica a ADN-ului tumoral sunt in continua dezvoltare. In ciuda acestor argumente, testarea mutatiilor EGFR nu ar trebui sa fie inca metoda de screening a adenocarcinomului responsiv, ci o metoda larg raspandita in populatia generala si de rutina in populatia asiatica.

Variabilitatea sensibilitatii si specificitatii metodelor de testare a mutatiilor EGFR, precum si costul lor mare nu justifica validarea testarii ca metoda de screening. In plus, nu orice mutatie EGFR este responsiva in aceeasi masura la terapia cu inhibitori de tirozin kinaza; exonii purtatori de anomalie pot avea diferite grade de sensibilitate, unii chiar rezistenti la terapie, iar uneori pot fi chiar prezenti concomitent in aceeasi tumora. Decizia terapeutica devine astfel mai dificila atat pentru medic cat si pentru pacient.

In general si chiar si la pacientii cu alte tipuri de cancer pulmonar (cu celule mici sau carcinom scuamos), testarea gena pentru mutatiile EGFR schimba calitatea si “cantitatea” vietii acestor pacienti. Asadar, testarea pentru mutatiile EGFR ar trebui individualizata, insa mai important, medicii pneumologi si nu numai ar trebui sa cunoasca si sa explice individual pacientilor cu neoplasm

## Rolul mediastinoscopiei în stadializarea cancerului bronhopulmonar

Dr. Cristian Paleru; Dr. Valerian Cristian Pavaloiu; Dr. Vlad Popescu; Dr. Andrei Bobocea; Dr. Olga Danaila; Dr. Ciprian Bolca; Dr. Ioan Cordos;

Mediastinoscopia este considerata standardul de aur in diagnosticarea ganglionilor limfatici din mediastinul mijlociu. In prezent sunt descrise mai multe tipuri de mediastinoscopii folosite ca metode de explorare invaziva a mediastinului, printre care amintim cele mai folosite proceduri: Mediastinoscopia cervicală clasică – Carlens ; Mediastinoscopia cervicală modificată – Ginsberg ; Mediastinotomia (mediastinoscopia) anterioară parasternală – McNeill și Chamberlain. Aceste proceduri sunt prezentate in concurenta cu alte metode invazive de explorare a mediastinului, care desi au un preț redus si o rată mică de complicații, necesita un instrumentar deosebit si un personal calificat avand o VPN redusa. Specificitatea raportata a mediastinoscopiei este de pana la 100 % cu o sensibilitate de aproximativ 90 %. Rata de complicatii raportata in literatura este de aproximativ 2 % cu un grad de mortalitate datorat procedurii de 0,2%.

Material si metoda: Tehnica operatorie in mediastinoscopia presupune pozitionarea corecta a pacientului in functie de procedura aleasa, utilizarea unui instrumentar adecvat procedurii : mediastinoscopul (Wolf R. , Storz K.) sau videomediastinoscopul (Storz-Lerut , Wolf R., Linder Hurtgen), pense de biopsiat de calibru diferit, aspirator si alte instrumente din trusa de mediastinoscopia. In functie de diagnosticul pacientului si evaluarea imagistica a acestuia se pot aplica diferite metode de explorare invaziva a mediastinului utilizand instrumentarul descris. Scopul interventiei este biopsia statiilor ganglionare – tinta pentru obtinerea unui diagnostic cert histopatologic.

Rezultate: Coreland cele peste 1350 de proceduri efectuate in cadrul INPMN in peste 13 ani de aplicare si probabil in jur de 2000 de proceduri efectuate per ansamblu in Romania, cu numarul de noi cazuri de cancer bronhopulmonar aparute in tara (>20000) in ultimul deceniu, putem observa existenta unei discrepante teribile intre stadializare si evaluare.

Concluzii: 1. Importanța consultului preoperator și al selecției cazurilor in procesul stadializării NSLC 2. Mediastinoscopia a evoluat către o metodă folosită ca standard de aur în stadializarea cancerului bronho-pulmonar preoperator 3. Se impune o mai largă răspândire în lumea medicală a cunoștințelor despre mediastinoscopie și posibilitățile metodei 4. Promovarea metodei prin organizarea de workshop – uri in vederea pregătirii chirurgicale. 5. Notiunile de baza despre utilizarea stadializării minim invazive in lumea oncologica si pneumologica.

## **Metode minim invazive chirurgical versus metode invazive în evaluarea patologiei mediastinale**

Dr. Cristian Valerian Pavaloiu; Dr. Vlad Popescu; Dr. Ciprian Bolca; Dr. Olga Danaila; Dr. Cristian Paleru  
Institutul National de Pneumologie “Marius Nasta”

Introducere: Pleureziile maligne de obicei semnifica boala incurabila cu morbiditate considerabila si o supravietuire la distant de sub un an. Pentru asemenea pacienti, drenajul pleureziilor maligne semnifica disparitia dispneei cauzate de distorsiunea diafragmului si a peretelui thoracic produsa de pleurezie. Asemenea acumulari lichidiene tind sa repara necesitand toracocenteze repetate, pleurodeza sau plasarea unor catetere intrapleurale.

Material si Metoda: Pacientul I.M. in varsta de 75 de ani se prezinta in clinica noastra acuzand dispnee si durere toracica dreapta. Radiografia deceleaza acumulare lichidiana dreapta masiva. Se practica toracocenteza evacuatorie de urgent cu evacuarea a 2000 ml lichid sero-hemoragic. Dupa 2 zile se practica toracoscopie cu biopsie pleurala si pleurodeza cu talc. Pentru urmatoarele 3 zile drenajul pacientului este de aproximativ 1000 ml per 24 de ore. Computer tomografia deceleaza status post pleurezie dreapta neoplazica talcata, partial evacuata chirurgical cu pneumotorax antero latero-toracic bazal drept si colabare pulmonara subiacenta. Bronsiectazii bilaterale. Infiltratie interstitiala difuza pulmonara bilaterala. Microemfizem pulmonar bilateral. Se inlocuieste tubul de drenaj cu sistem de cateter intrapleural PleurX.

Rezultate: Disparitia rapida a simptomelor. Sistemul permite pacientului un management usor si efficient al drenajului pleural acasa.

Concluzii: Sistemul de drenaj PleurX este o opțiune ușor de utilizat care permite pacientilor drenajul acumulării de lichid acasa. Folosind recipiente cu vid, pacienții pot finaliza drenajul în aproximativ cinci până la 15 minute. Mai degrabă decât vizitarea în mod repetat la spital sau clinica pentru toracocenteză, evacuarea se practica repede în confortul din propria casă fără

## Fumatul activ și pasiv - factor de risc pentru dezvoltarea și exacerbarea astmului bronșic

Dr. Edith Simona Ianos, Dr. Gabriela Jimborean, Dr. Alexandra Comes

Numeroase studii bine documentate au demonstrat faptul că fumatul (activ și pasiv) este un factor de risc major pentru dezvoltarea astmului bronșic și factor trigger al exacerbărilor astmului bronșic la copil și la adult. Expunerea prenatală a fătului atribuită fumatului matern poate determina pe lângă efecte neurotoxice, adicție și sevraj nicotinic, infecții respiratorii și otite mai frecvente, un risc crescut la bronșiolită, alergii și dezvoltare a astmului bronșic încă din primii ani de viață, riscuri ce se vor perpetua și în perioada de adult. Expunerea copilului la fum (părinții fumători) va crește riscul de alergii, infecții precum și o prevalență crescută a astmului bronșic cu exacerbări mai frecvente. Comparativ cu nefumătorii astmaticii fumători activi vor avea simptome mai severe, o funcție pulmonară mult mai scăzută, nivel ridicat de inflamație și remodelare bronșică. Fumatul va asocia la astmaticii infecții respiratorii mai frecvente, consum ridicat de medicație de salvare, un răspuns diminuat la antiinflamatoarele steroidiene, caracterul de "astm dificil de controlat" și un nivel scăzut al calității vieții.

Consilierea pentru neînceperea fumatului sau pentru renunțarea la fumat dar și pentru oprirea expunerii la fumatul pasiv tip "second sau third hand" necesită a deveni o practică medicală uzuală și se va adresa populației generale și îndeosebi grupelor de risc crescut: femei însărcinate, copii, adolescenți, pacienți respiratori (inclusiv cu astm bronșic) sau cardiovasculari. Evitarea expunerii la fumat și menținerea abinenței la fumat la pacienții astmatici necesită un parteneriat solid: medic de familie - medic pneumolog - pacient, efortul comunității, o legislație clară antifumat, cooperare din partea mijloacelor media pentru o largă informare privind efectele nocive ale

## Modificări ale funcției pulmonare la fumătorii asimptomatici

Dr. Corina Marginean - Tg. Mureș

Obstrucția căilor aeriene mici este cea mai precoce modificare structurală care poate fi demonstrată la fumători. Modificarea funcției pulmonare la fumători depinde de durata în ani a fumatului, de vârsta la care a debutat fumatul și de numărul țigărilor fumate zilnic. În studiul efectuat am urmărit modificările funcției pulmonare la 50 fumători zilnici ce s-au prezentat la Centrul Stop Fumat Mureș în perioada mai-iunie 2013. Testarea funcției pulmonare a fost efectuată în conformitate cu standardele ATS. Persoanele fumătoare zilnic cu afecțiuni pulmonare, cardiace, neurologice, musculo-scheletale sau orice boală sistemică care ar putea modifica funcția pulmonară au fost excluse. Lotul a fost format din 20 femei și 30 bărbați.

84% fumători au prezentat modificări ale funcției pulmonare și doar 16% au avut funcție pulmonară normală. Dintre cei cu modificări ale funcției pulmonare 61.91% au prezentat un VEMS > 80%, fiind încadrați în categoria fumătorilor cu risc de a dezvolta BPOC, 33.3% au prezentat un VEMS între 50-80% corespunzător unui BPOC st. II, iar 4.76% au avut VEMS între 30-50%, corespunzător BPOC st III.

64.29% dintre fumători au prezentat valori ale FEF 50 50% iar 35.71% valori sub 50%.

92.86% dintre fumătorii cu modificări ale VEMS prezentau o durată a fumatului peste 10 ani și doar 7.14% sub 10 ani.

Dintre fumătorii zilnici depistați cu BPOC st. II 85.75% fumau peste 20 țigări pe zi.

Concluzii:

Modificările funcției pulmonare la fumătorii zilnici apare înaintea simptomelor respiratorii, modificările depind de durata fumatului și de numărul țigărilor fumate zilnic. Diagnosticul precoce a bolii pulmonare obstructive cronice cu comunicarea la pacienți poate îmbunătăți decizia renunțării la fumat. Complanța la programele de renunțare și creșterea ratei de renunțare la fumat, identificarea persoanelor fumătoare cu risc prin programe de screening pot reduce riscul de BPOC și povara financiară asupra sistemului de sănătate.

Cuvinte cheie: fumat, spironometrie, VEMS, FEF 50, BPOC;

## Fumatul pasiv și riscul de astm și BPOC la copil

Dr. Mihaela Oros , Spitalul Medicover, București

Fumatul este unul dintre cei mai importanți factori de risc modificabili în dezvoltarea pulmonară prenatală și postnatală. Expunerea copiilor la fumatul pasiv este influențată atât înainte de naștere de fumatul viitoarelor mame în timpul sarcinii cât și postnatal de faptul că părinții lor fumează sau fumatul este permis acolo unde ei locuiesc.

Expunerea la fumat pasiv are repercursiuni asupra creșterii și dezvoltării pulmonare, determină creșterea hiperreactivității bronșice și micșorarea diametrului căilor aeriene prin stimularea proliferării fibrelor musculare netede. Anual, fumatul pasiv determină cel puțin 22000 cazuri noi de wheezing și astm la copii.

Copiii care au părinți sau frați mai mari fumatori au la rândul lor un risc de 90% mai mare de a deveni ei înșiși fumatori cu toate consecințele ulterioare.

Inițiativele de control al fumatului la nivel populațional și la nivel individual trebuie adaptate și îmbunătățite pentru a influența copiii și tinerii.

Pediatri se află într-o poziție unică și importantă de unde pot aborda problema fumatului la părinți datorită interacțiunilor multiple regulate cu aceștia și a consecințelor nefavorabile pe care fumatul le are asupra sănătății pacienților lor. Capacitatea de a oferi consiliere este mai mare în cazul pediatrilor care au în urmărire mai mult de 50 de copii cu astm.

## Ancheta națională BPOC - aspecte ale fumatului

Dr. Roxana Nemeș, Prof. Dr. Florin Mihălțan, Dr. Florentina Furtunescu, Dr. Dana Farcasanu, Dr. Ioana Daramus  
Institutul de Pneumologie M. Nasta-București, CPSS

În 2012 am realizat prima anchetă națională de prevalență a BPOC-ului care a combinat un chestionar cu spirometria la grupa de vârstă peste 40 de ani plecându-se de la un eșantion de 4930 de indivizi considerați la risc și un eșantion de aproape 10000 de locuitori aleși prin randomizare. Prevalența a fost de 16%.

S-au urmărit și alte caracteristici ale eșantionului care pot crea o imagine completă a pacienților cu BPOC și a asistenței acestora din România, inclusiv date legate de fumat: număr pachete per an, vârsta debut fumat, prevalența fumatului.

### Rezultate

Astfel 32% au remarcat apariția simptomelor între 31-50 ani, doar 5% au apreciat ca severă boala și doar 76% au avut un tratament inhalator. 61% au avut un plan cu explicații privind tratamentul iar 61% sunt văzuți regulat de medic (pneumologul vede doar 27% din acești pacienți). 16% au fost vaccinați și doar 17% au făcut o spirometrie, S-au adresat doar 16% pentru simptomele respiratorii medicului de familie; procentul de internări de urgență per pacient a fost de 2,7 per an. 28% nu mai fac efort datorită dificultăților respiratorii. Prevalența fumătorilor în lotul studiat a fost de 76%, din care ex-fumători 38%. Numărul mediu de pachete per an a fost de 14,3.

### Concluzii

Serviciile sunt subutilizate în România, accesul la spirometrie este redus iar terapia este subutilizată. Pneumologii sunt puțin solicitați. Societatea Română de Pneumologie a început o serie de activități de creștere a accesului la spirometrie și de depistare a potențialilor pacienți, demersuri de susținere la nivelul pneumologilor a acțiunilor de renunțare la fumat și conștientizare a riscului pe care fumatul îl are în apariția BPOC.

## Complicații pulmonare la fumători după intervențiile din chirurgia cardiacă

Dr. Corina Mărginean, Dr. Mărginean Virgil, Dr. Monica Antal

Boala CV ocupă în Europa locul 1 ca și cauză de mortalitate atât la bărbați cât și la femei. Conform datelor OMS, România ocupă locul 3 în lume în ceea ce privește decesele prin boli CV. Incidența bolilor CV în România depășește 60%. Fumatul este factor de risc major pentru aceste boli fiind în același timp principalul factor modificabil.

Boala coronariană ischemică, boala vasculară periferică, anevrismul de aortă, stenoza de arteră carotidă recunosc ca factor de risc fumatul. Pacienții fumători cu boli CV supuși intervenției chirurgicale cardiace prezintă un risc de 6 x mai mare de a dezvolta complicații pulmonare postoperatorii comparativ cu nefumătorii. Cele mai frecvente complicații pulmonare sunt: insuficiența respiratorie (nevoia de ventilație peste 48 h), pleurezia (uni sau bilaterală), atelectazia, pneumotorax, chilotorax, paralizia de nerv frenic, disfuncția diafragmatică, embolia pulmonară, complicațiile infecțioase, exacerbarea bolii pulmonare asociate.

Complicațiile respiratorii reprezintă principala cauză de morbiditate chirurgicală postcardiacă, prelungesc durata de spitalizare și cresc costurile.

Fumătorii curenți supuși intervențiilor necesită frecvent ventilație peste 48 h, sunt mai predispuși la tuse și spasm bronșic, necesită doze mai mari de anestezice, prezintă risc mai mare de spitalizare prelungită și deces postoperator.

Beneficiile renunțării la fumat preoperator sunt: reducerea riscului apariției complicațiilor pulmonare, reducerea duratei ventilației postoperatorii, scăderea timpului de vindecare a rănilor, reducerea duratei de spitalizare și costurilor.

Identificarea pacienților cu risc de complicații pulmonare și dezvoltarea unei strategii de reducere a riscului este foarte utilă. Renunțarea la fumat înainte de intervenția chirurgicală scade riscul de complicații pulmonare. Se recomandă ca renunțarea să se facă cu 2 luni înaintea intervenției chirurgicale.

Cuvinte cheie: fumat, boli CV, complicații pulmonare, renunțarea la fumat

## Sevrăjul nicotinic la pacientul cu boli pulmonare obstructive cronice

Dr. Ioana Munteanu, Prof. Dr. Fl. Mihaltan- Institutul de pneumologie "Marius Nasta" București

După aprecierile Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), tabagismul este pe cale să devină principala cauză evitabilă de morbiditate și mortalitate din lume. În lume există aproximativ 1.1 miliarde de fumători; per ansamblu, 30% dintre adulți (48% dintre bărbați și 12% din femei) fumează.

Efectele fumatului asupra sănătății sunt cunoscute și sunt consecința inhalării a celor peste 4000 de substanțe chimice pe care le conține fumul de țigară. La nivel pulmonar fumul de țigară are efect iritant, proinflamator și carcinogenic. Putem vorbi astfel de boli pulmonare în care fumatul este implicat direct (BPOC și cancer pulmonar) și cărora le agravează evoluția (astm, fibroză pulmonară, etc).

În aceste condiții renunțarea la fumat devine absolut obligatorie, fiind o componentă importantă în managementul acestor maladii. Terapia renunțării la fumat va include tratamentul farmacologic (terapia de substituție nicotinică, bupropion sau vareniclină) combinat cu suportul cognitiv-comportamental. Această asociere de metode terapeutice este ferm recomandată și în ghidurile de specialitate în acest domeniu. Astfel Ghidul ENSP din 2012 recomandă :

1. Administrarea de terapie medicamentoasă și psiho-comportamentală personalizată pentru fumătorii cu patologie respiratorie.
2. Adăugarea unor scurte interviuri motivaționale la sfatul minimal de renunțare la fumat poate spori gradul de conștientizare a subiecților cu privire la riscurile cauzate de fumat asupra sănătății respiratorii, și nu numai.



## Compliance la terapia de sevraj nicotinic

Prof. Dr. Fl. Mihaltan, Dr. Ioana Munteanu, Bucuresti

Compliance la tratamentele de lunga durata a constituit si constituie una dintre provocarile relatiei medic-pacient. Aceasta se situeaza, conform datelor OMS, la 50% in tarile dezvoltate si mult mai scazuta in tarile in curs de dezvoltare. Consecintele fiind agravarea bolilor cronice preexistente, alterarea calitatii vietii pacientului si costuri suplimentare pentru societate. Cresterea aderenței este un proces dinamic care presupune atat specializarea continua a medicului cat si implicarea familiei si a comunitatii.

In ceea ce priveste terapia de sevraj nicotinic, studiile au demonstrat eficienta acesteia. De ce renunta totusi pacientii si reiau fumatul? Exista mai multi factori care tin de experientele anterioare ale pacientului si de experienta medicului, de aceea studiile au demonstrat o variatie larga a aderenței intre 5-96%, cu variatii si intre tari. In acest context este necesara o mai buna intelegere a factorilor care influenteaza renuntarea pentru a putea da definitii standardizate ale aderenței si renuntarii la tratament.

## Dreptul la un mediu sănătos și consumul de tutun în legislația națională și europeană

Prof. univ. dr. Eugen Chelaru  
Asist. univ. dr. Ramona Duminiță  
Universitatea din Pitești  
Facultatea de Drept și Administrație Publică

Rezumat:

Dacă în trecut calitatea mediului înconjurător era o problemă lipsită de relevanță, în prezent, dreptul la un mediu sănătos constituie un drept fundamental. Facând parte din cea de-a treia generație a drepturilor omului, alcătuită din așa-numitele „drepturi de solidaritate”, dreptul subiectiv la un mediu sănătos se particularizează printr-o evoluție deosebită în ceea ce privește recunoașterea și garantarea sa juridică și își găsește fundamentul în realitățile sociale și economice ale zilelor noastre. Inițial, a fost proclamat la nivel internațional prin Declarația de la Stockholm din 1972, iar ulterior a fost consacrat constituțional și/sau legislativ în cazul majorității statelor. În țara noastră, recunoașterea dreptului la un mediu sănătos ca drept subiectiv s-a realizat relativ târziu, respectiv în 2003 prin revizuirea Constituției din 1991. Legislația unională nu îl reglementează în mod expres, însă Carta Uniunii Europene privind drepturile fundamentale îl protejează indirect, dedicând protecției mediului un articol distinct. Totodată, acest drept este consacrat și în jurisprudența Curții Europene a Drepturilor Omului, fiind considerat o componentă a dreptului la viață privată prevăzut de art. 8 din Convenție. Unul dintre factorii care aduc atingere dreptului la un mediu sănătos este consumul de tutun, un obicei pe cât de vechi, pe atât de generator de consecințe grave asupra stării de sănătate a populației. Astfel, atât pe plan european, dar și național, în vederea garantării dreptului la un mediu sănătos, au fost luate o serie de măsuri legislative în sensul interzicerii fumatului în spațiile publice închise, restrângerii sau interzicerii publicității la produsele din tutun, avertizării fumătorilor asupra pericolului reprezentat de tutun pentru sănătate, restricționării vânzărilor de tutun în clădiri publice, școli, spitale, universități, centre socio-culturale ș.a.

Cuvinte-cheie: dreptul la un mediu sănătos, consumul de tutun, jurisprudența CEDO, Directiva nr. 2001/37/CE, Legea nr. 349/2002.

## Promovarea unui stil de viata fara tutun

Dr. Eliza LUPU - DSP Arges

Organizarea pe plan local de campanii I.E.C. care au ca scop constientizarea populatiei cu privire la efectele nocive ale tutunului si incurajarea promovarii unui stil de viata sanatos.

## Recuperarea și reeducarea respiratorie funcțională - implicațiile tabagismului la sportivi și nesportivi

Dr. Ktp. Ene Daniela - București

Dr. Ktp. Tiberiu Tătaru - Târgu-Jiu

Dr. Drd. Iulia Delia Capitanescu - UMF Craiova

Dr. Narcis Copcă - București

### Abstract

Efortul fizic determină modificări la nivelul funcției respiratorii sub formă de adaptări pe termen scurt, mediu și lung.

Recuperarea și reeducarea respiratorie determină îmbunătățiri ale debitelor și volumelor ventilatorii, a dinamicii toracice cu implicații directe asupra capacității generale de efort și asupra calității vieții. Factori toxici precum tabagismul determină limitări de potențial, diminuarea randamentului ventilator, scăderea performanțelor fizice, predispoziția spre o patologie vastă de tip respirator și nu numai.

Efectele nefaste ale tabagismului se manifestă în mod evident și la sportivii de performanță, indiferent de ramură, prin rezultatele slab valorice obținute, durata mică de menținere a formei fizice de pregătire optime, rata mare a abandonului.

## Importanța combaterii fumatului la tinerii adulți atopici

Dr. Mihaela Trenchea CMI- Policlinica Medstar Constanța,  
Dr. Oana- Cristina Arghir Facultatea de Medicină- Universitatea «Ovidius»  
Constanța

### Rezumat.

Nu toți indivizii atopici dezvoltă astm bronșic, după cum nici toți fumătorii nu se îmbolnăvesc de BPOC. Cum se poate combina atopia cu bronhopneumopatia cronică obstructivă este o provocare pentru pneumologi și alergologi. Fumatul rămâne o importantă verigă de legătură. Patogenia bronhopneumopatiei cronice obstructive (BPOC) rămâne extrem de complexă și polimorfă iar definirea fenotipurilor reprezintă o constantă preocupare a studiilor clinice și a ghidurilor. Fenotipul atopic al BPOC nu este încă inclus în ghidul GOLD și nici pe deplin recunoscut de lumea medicală. Unii autori îl includ în sindromul de overlap între astmul bronșic; alții îl asociază cu BPOC-ul cu tuse persistentă (COPD- related cough). Studiul multicentric al Societății Respiratorii Europene EUROSCOP efectuat în 9 țări europene, la 1277 pacienți cu BPOC cu vârsta > 30 ani și < 65 ani, a adus în atenția noastră fenotipul adultului tânăr BPOC atopic care e definit prin:

- preponderența sexului bărbătesc în raport de 2:1,
- simptomatologia respiratorii trenante ușor de confundat cu bronșita cronică,
- surplusul de greutate/obezitate,
- fumatul cronic > 5 țigări/zi, > 10 ani sau un istoric al fumatului de > 5 pachete/an.

Pentru a fi eliminată suspiciunea overlapului cu astmul bronșic, au fost excluși din EUROSCOP toți subiecții cu istoric de astm, reversibilitate bronșică, rinită alergică, eczeme, precum și cei tratați cu glucocorticoizi orali > 1 lună în ultimele 6 luni.

Atopia a fost definită prin testul Phadiatop pozitiv la 1163 subiecți și, ulterior, la 678 dintre ei, prin determinarea IgE serice crescute.

Fenotipul atopic a fost identificat la 18,3% din bolnavii BPOC cu un nivel mediu al IgE totale de 248,5 kU/l (n= 213). Atopia reprezintă un factor de risc al dezvoltării BPOC, precum și al persistenței simptomatologiei respiratorii cu exacerbări frecvente.

Date fiind relațiile cauzale între atopi- fumat- BPOC, considerăm că expunerea copiilor la fumatul pasiv al părinților trebuie combătut mai ales în familiile cu diateză atopică, iar, în rândul tinerilor atopici, obiceiul fumatului trebuie interzis cu desăvârșire. Cursurile de educație sanitară în școlile din România se impun.

## Impactul fumatului asupra patologiei respiratorii la pacienții internati la Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni, Jud. Arges

Dr. Marioara Micu, Dr. Adriana Sandu-Leordeni

Bolile respiratorii cronice (BRC) reprezinta in toata lumea o problema de sanatate publica de importanta crescuta atat prin evolutia mortalitatii atribuirile acestora, cat in special prin afectarea calitatii vietii.

Scop: asocierea fumatului, influenta negativa asupra evolutiei BCR la pacienții diagnosticati .

Stadiul s-a efectuat pe un lot de pacienti internati la Spitalul PNF Leordeni in perioada 01.01 - 31.XII.2012, in total =738.

Rezultate :

Asocierea cu fumatul s-a constatat la peste 75% din cazuri Nr. cazurilor cu BRC, cu exacerbari , a crescut in ultimii 4 ani s-a triplat.

## Fumatorii, utilizatorii de droguri ilicite și tuberculoza - raman asociate

Dr. Roxana Nemes, Dr. Ramona Nedelcu, Prof. Dr. Florin Mihaltan  
INP Marius Nasta - Bucuresti

Introducere: Tuberculoza (TB) a re-aparut ca o problema semnificativa in Europa, in special din cauza programelor deficitare de control al tuberculozei dar si legaturii cu alte populatii vulnerabile si cu migrantii. Se va prezenta o revizuire actualizata a relatiei dintre TB si consumul ilicit de droguri. Folosirea ilegala de droguri a devenit un factor de risc pentru TB. Exista o suprapunere de factori epidemiologici, sociali si consumul de droguri la unii pacienti cu TB. Consumul ilicit de droguri este asociat cu mai multi factori: fumatul, lipsa adapostului, abuzul de alcool, HIV si incarcerarea - toate prezinta un risc mai mare de TB si contribuie la raspandirea tuberculozei la nivel mondial.

Identificarea cu succes si tratamentul tuberculozei in randul consumatorilor de droguri ilicite raman componente importante ale unei strategii TB extensive. Utilizatorii de droguri ilicite prezinta un set unic de provocari pentru diagnosticul si controlul tuberculozei.

Barierile de tratament, inclusiv slaba aderenta si accesul limitat la servicii medicale, reprezinta provocari unice pentru consumatorii de droguri, in timp ce servesc ca factori de risc modificabili care ar trebui sa fie punctul central al interventiilor viitoare. Nefinalizarea tratamentului este una dintre cele mai mari obstacole in controlul tuberculozei.

Concluzie: prevenirea, diagnosticarea si tratamentul tuberculozei in randul persoanelor care fumeaza si consuma ilicit droguri au fost neglijate si necesita atentie. Programele de control al tuberculozei si consumatorilor de droguri trebuie sa lucreze impreună pentru a trata atat dependenta cat si tuberculoza.

## Statusul de fumator la pacientii cu tuberculoza pulmonara internati in Spitalul PNF Leordeni in anul 2012.

Dr. Marioara Micu, Dr. Adriana Sandu - Leordeni

Obiectivul lucrării este identificarea statusului de fumator la pacientii cu tuberculoza pulmonara tratati in Spitalul de Pneumoftiziologie Leordeni Arges in cursul anului 2012.

Metode: Au fost inclusi in studiu pacientii cu tuberculoza pulmonara, tratati pe perioada 01.01.2012 – 31.12.2012, pacienti care nu au fost infirmatii la sfarsitul duratei de tratament.

S-au evaluat statutul de fumator, fost fumator, nefumator, sexual, varsta, mediul de provenienta, nivelul de instruire, ocupatia, categoria de bolnav TB, prezenta TB-MDR.

Rezultate: Au fost inclusi in studiu 187 de pacienti, preponderent barbati (80.21%), din mediul rural (73.26%), cu varsta cuprinsa intre 18 si 85 ani. Din analiza datelor a rezultat ca femeile tratate DOT au fost preponderent nefumatoare (72,97%), din mediul rural (54%), cu varsta peste 75 ani, cu nivelul de instruire redus, pensionare, cazuri noi (43.24%).

Barbati luati in studiu erau preponderat fumatori (53.33%), din mediul rural (40.66%), cu varsta cuprinsa intre 40-55 ani, absolventi de scoala gimnastica sau postliceala, fara ocupatie sau pensionar, 50% din barbatii cu TB-MDR erau fumatori.

### CONCLUZII:

Tuberculoza si fumatul , o asociere nefasta, mai ales in randul barbatilor din rural, cu nivel mediu si submediu de pregeatire, fara ocupatie si cu venituri mici.

Integrarea activitatilor de renuntare la fumat in cadrul programului de control al tuberculozei si cresterea gradului de constientizare politica a efectelor negative in cazul asocierii dependentei de nicotina cu tuberculoza, obiective importante in lupta cu fumatul la pacientii TB.

Cuvinte cheie : STATUS DE FUMATOR, TUBERCULOZA .

## Impactul fumatului în pneumotoraxul spontan primitiv

Dr. Ciprian Bolca, Dr. Tudor Mateescu, Dr. Olga Dănăilă, Dr. Valerian Păvăloiu, Dr. Cristian Paleru, Dr. Ioan Cordoș - București

Rolul fumatului în declanșarea pneumotoraxului spontan sau a recidivelor acestuia nu este încă foarte clar deoarece și nefumătorii sunt expuși la această patologie. Există însă aspecte care ne fac să credem că fumatul reprezintă un factor de risc atât pentru episodul primar de pneumotorax cât și pentru recidiva acestuia. Fumatul de marijuana este un factor de risc încă și mai important, aspect observat în țările în care consumul acestui drog se practică pe o scară mai largă. În această lucrare încercăm să prezentăm datele din literatura de specialitate de ultimă oră, date care susțin informațiile de mai sus.

## Consecințele distrofiei musculare prin absența merozinei la nivelul plămânului

Dr. Bică Daniela, As. Furtună Alina - Craiova

Pacientă în vârstă de 10 ani, provenită din sarcină gemelară, diagnosticată cu distrofie musculară prin absența merozinei în anul 2003 și confirmată 2011 în laborator Montpellier, se prezintă pentru cianoză perioronazală și unghială, polipnee superficială, tuse schițată, afebrilă.

Clinic : matitate difuză dreapta de aspect lichidian ce se mobilizează la presiunea palmei, datorită lipsei musculaturii toracice. La auscultație plămân drept mut.

Analize uzuale: valori normale.

CT torace : condensare difuză a câmpului pulmonar drept cu componentă atelectatică și fibroză asociată cu revărsat pleural. S-a instituit antibioterapie cu spectru larg corticoterapie pe cateter venos periferic femural și oral, inhalator combinație budesonid-formoterol și ventilație non-invazivă BiPAP S/T.

La 30 zile terapie am obținut regresia semnificativă a procesului de condensare și a pleureziei.

Am continuat corticoterapia orală, tratament combinat inhalator și ventilație noninvazivă, cu regresia completă a leziunilor pulmonare la 1 an de terapie, cu ameliorarea semnificativă a funcției respiratorii.

Concluzii :

Monitorizarea corectă a tuturor tipurilor de distrofie musculară, deoarece modificarea cutiei toracice secundară bolii, implică consecințe severe asupra plămânului fiind una din cauzele majore de deces la acești bolnavi.

## Poate fi chirurgul toracic un bun bronhoscopist?

Dr. Petrache I., Dr. Voiculescu V., Dr. Burlacu O., Țunea C., Cozma G., Miron I., Nicola A., Nicodin Al.

**OBIECTIVE** Lucrarea are ca scop prezentarea experienței noastre în aplicarea diagnostică și terapeutică a bronhoscopiei în sala de operație sau în ATI, în cadrul patologiei chirurgicale cu care ne-am confruntat.

**MATERIAL ȘI METODĂ** Sunt analizate 1647 de proceduri, aplicate într-o perioadă de 12 ani, la un număr de 1435 pacienți. Dintre acestea majoritatea au avut viză terapeutică – 58% proceduri iar 42% din proceduri au avut viză diagnostică.

**REZULTATE** Procedurile terapeutice sunt defalcate în funcție de patologia abordată și complicațiile pe care tentează să le rezolve. Pe primul loc se afla traumatismele toracice iar dintre complicațiile în care s-a aplicat bronhoscopia cu viza terapeutică cheagul endobronsic, ARDS și bronhopneumonia au fost cele mai frecvente.

Dintre procedurile terapeutice bronhoaspiratia a fost cea mai frecventă, pe ultimele locuri plasându-se deobstrucția bronșică și extragerea de corpi străini, datorită lipsei de instrumentar adecvat și a lipsei de training. Unul din obiectivele de viitor ale clinicii este tocmai creșterea marcată a acestor tipuri de intervenții.

În contextul patologiei și complicațiilor deosebit de grave mortalitatea este de 6 %, interpretată ca un rezultat terapeutic remarcabil, în care și bronhoscopia își aduce aportul.

Procedurile diagnostice s-au adresat în primul rând cancerului bronhopulmonar iar procentul de eroare de extindere sau localizare verificat intraoperator a fost de sub 3%. Biopsia a fost aplicată la 76% din cazurile diagnosticate, cu rezultat anatomopatologic concordant cu aspectul endoscopic în 78% din totalul biopsiilor, ceea ce a dus la scăderea toracotomiilor cu biopsie.

Procedurile bronhoscopice per se nu au prezentat mortalitate iar complicațiile au fost minore și într-un procent redus.

**CONCLUZII** Chirurgul toracic cu antrenament în bronhologie, pe lângă atribuțiile sale specifice, poate aduce un aport major în susținerea tratamentului chirurgical toracic. Rezultatele sale bune în bronhoscopie se datorează antrenamentului sau principal în chirurgie și confruntării permanente între imagistica, bronhoscopie și aspectul intraoperator. Bronhoscopia poate fi aplicată fără nici o dificultate în clinica de chirurgie toracică cu condiția unei dotări corespunzătoare și a voinței de a reuși.

## Sunt interesați medicii cardiologi de sevrăjul nicotinic?

Dr. Ioana Munteanu, Dr. Monica Marc, Dr. Iulia Balasa, Dr. Ana-Maria Salariu, Prof.Dr. Fl. Mihaltan – București, Timișoara

Fumatul este unul dintre principalii factori de risc pentru bolile cardiovasculare. Cardiologii se confruntă în fiecare zi cu acest aspect. Studiul nostru are ca obiectiv principal: prevalența fumatului (acesta este primul studiu cu privire la acest aspect), iar ca obiectiv secundar identificarea interesului acestora în renunțarea la fumat și evaluarea spirometrică. Studiul s-a bazat pe un chestionar ce a cuprins date legate de obiceiurile de fumat, care a fost distribuit direct și de asemenea, au fost invitați la o discuție privată cu privire la renunțarea la fumat. Am distribuit 500 de chestionare din care am recuperat 283 (194 bărbați; 89 femei). Prevalența fumatului a fost 48,3% cu număr absolut similar în funcție de sex (52 bărbați, 48 femei), cu un total de  $11,62 \pm 9,85$  țigări / zi și un total de  $12,004 \pm 12,89$  ani de fumat. Prevalența a fost ridicată în cardiologi cu experiență practică mai mare  $24,48 \pm 12,89$  ani, și cu o multitudine de țigări 73,2%. Câțiva dintre ei au fost ex-fumători (20 bărbați, 13 femei). Această prevalență este mai mare comparativ cu alți de „medicali”, cum ar fi pneumologi cu 10% (2007), poate pentru că cei din urmă sunt mult mai implicați în activități de renunțare la fumat. Vis a vis de cel de al doilea obiectiv, nu au fost interesați de renunțarea la fumat pentru ei ci doar pentru pacienții lor și doar în număr redus. Concluzii: prevalența fumatului în rândul cardiologilor este mare, ei cunosc efectele cardiovasculare ale fumatului, dar ei nu sunt interesați de informații privind renunțarea la fumat și în evaluarea spirometrică. Trebuie implicați în activități antitabac, pentru că unul dintre obiectivele End-Game propus de OMS este colaborarea între specialități și perfecționarea continuă a medicilor în acest domeniu.

# ERDOMED®

## erdosteina

### Administrat pe termen lung în BPOC:

- **Crește semnificativ perioada dintre acutizări**
- **Previne exacerbările sezoniere**

#### EXTRAS DIN REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI

**1. DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI:** ERDOMED 300 mg, capsule; **2. COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ:** O capsulă conține erdosteina 300 mg; Pentru lista tuturor excipienților, vezi pct. 6.1.; **3. FORMA FARMACEUTICĂ:** Capsulă, Capsule cu corpul de culoare galben și capacul de culoare verde, conținând pulbere de culoare albă până la ușor crem; **4. DATE CLINICE:** **4.1 Indicații terapeutice:** Tratament secretolitic în afecțiunile acute și cronice bronhopulmonare, care sunt însoțite de o tulburare a producției și transportului de mucus; **4.2 Doze și mod de administrare:** *Adulți (inclusiv vârstnici):* se administrează 300 mg erdosteina (1 capsulă) de 2 sau 3 ori pe zi, înainte de mese. Capsulele se înghit întregi, cu lichid. *Copii și adolescenți:* se administrează alte forme farmaceutice, adecvate vârstei. *Insuficiență hepatică ușoară până la moderată:* se reduce doza la 300 mg erdosteina (1 capsulă) pe zi. Durata tratamentului trebuie individualizată; **4.3 Contraindicații:** Hipersensibilitate la erdosteina sau la oricare dintre excipienți - Insuficiență hepatică severă - Insuficiență renală severă (clearance-ul creatininei sub 25 ml/min); **4.4 Atenționări și precauții speciale pentru utilizare:** În insuficiența hepatică ușoară până la moderată este necesară reducerea dozei. (vezi și pct. 4.2). În insuficiența renală ușoară până la moderată erdosteina trebuie administrată cu prudență putând fi necesară reducerea dozei. Se administrează cu prudență la pacienții cu ulcer gastro-duodenal. Fluidificarea brutală a secrețiilor poate determina inundarea bronhiilor la bolnavii incapabili să expectoreze (impunându-se bronhoaspirație de urgență). Prin creșterea volumului secrețiilor bronșice, erdosteina poate accentua reflexul de tuse. Apariția tusei productive în timpul tratamentului cu erdosteina nu trebuie inhibată prin administrarea de antitusiv; **4.5 Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune** Nu se cunosc până în prezent interacțiuni cu alte medicamente. Erdosteina se poate administra concomitent cu antibiotice, precum amoxicilina, ampicilina, claritromicina, ciprofloxacina sau eritromicina, cât și cu medicamente bronhodilatatoare (salbutamol, teofilină). Nu se recomandă asocierea Erdomed cu antitusiv sau medicamente care scad secreția bronșică (parasimpatolitice); **4.6 Sarcina și alăptarea:** Studiile la animale nu au evidențiat efecte dăunătoare directe sau indirecte asupra sarcinii, dezvoltării embrionare/fetale, nașterii sau dezvoltării post-natale (vezi pct. 5.3). Deoarece nu sunt disponibile date privind administrarea la gravide sau excreția în laptele matern, nu se recomandă administrarea erdosteinei în timpul sarcinii și alăptării; **4.7 Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje:** Erdomed nu are nici o influență asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje; **4.8 Reacții adverse:** Ocazional pot să apară tulburări gastro-intestinale (epigastralgie, greață, vărsături, constipație sau diaree), tulburarea simțului gustativ (disgeuzie temporară sau ageuzie) și uscăciunea gurii. Rar, au fost observate cazuri de urticarie și erupții cutanate și, foarte rar, cazuri de cefalee; **4.9 Supradozaj:** Nu s-a raportat nici un caz de supradozaj. Atunci când sunt ingerate doze mari de Erdomed, este așteptată apariția mai frecventă și de intensitate crescută a simptomelor menționate la reacții adverse, în special cele gastrointestinale. Nu se cunoaște un antidot specific pentru supradozajul erdosteinei; **5. PROPRIETĂȚI FARMACOLOGICE. 6. PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE; 6.1 Lista excipienților :** Conținutul capsulei: Celuloză microcristalină, Povidonă, Stearat de magneziu. Capsula: Gelatină, Dioxid de titan (E171), Indigotină (E 132), Oxid galben de fer (E172); **6.2 Incompatibilități:** Nu este cazul. **6.3 Perioada de valabilitate** 5 ani; **6.4 Precauții speciale pentru păstrare:** A se păstra la temperaturi sub 25°C, în ambalajul original; **6.5 Natura și conținutul ambalajului:** Cutie cu un blister din Al/PVC-PVdC a 10 capsule; Cutie cu 2 blistere din Al/PVC-PVdC a câte 10 capsule; **6.6 Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor și alte instrucțiuni de manipulare;** Fără cerințe speciale. **7. DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ:** CSC Pharmaceuticals Handels GmbH, Heiligenstädter Strasse 395b, A-1190 Viena, Austria; **8. NUMĂRUL(E) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ:** 1120/2008/01-02; **9. DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI:** Reinnoirea autorizației: Octombrie 2008; **10. DATA REVIZUIRII TEXTULUI** Septembrie 2008. Pentru detalii suplimentare, vezi rezumatul caracteristicilor produsului disponibil și pe [website-ul www.anm.ro](http://www.anm.ro); Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală P-6L. Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.



ANGELINI

# SYMBICORT TURBUHALER

320 micrograme/9 micrograme

## Eficacitate superioară în BPOC

■ AMELIORARE RAPIDĂ A SIMPTOMELOR<sup>1</sup>

■ REDUCERE EFICIENTĂ A EXACERBĂRILOR<sup>2</sup>

■ ACOPERIRE PULMONARĂ SUPERIOARĂ<sup>3</sup>



### SYMBICORT TURBUHALER 320micrograme/ 9micrograme

**Denumirea comercială:** Symbicort Turbuhaler 320 micrograme/9micrograme/inhalatie,pulbere de inhalat. **Compoziția calitativă și cantitativă:** Fiecare doză administrată conține: budesonidă 320 micrograme/inhalatie și fumarat de formoterol dihidrat 9 micrograme/inhalatie. **Excipienți:** lactoză monohidrat 491 micrograme pe doză. **Indicații terapeutice:** Astm bronșic: este indicat în tratamentul cronic al astmului bronșic, în cazurile în care este adecvată utilizarea unei asocieri (corticosteroid și agonist beta2-adrenergic cu durată lungă de acțiune, inhalatori): pacienții care nu sunt controlați în mod adecvat cu corticosteroidi inhalatori și cu agonști beta2-adrenergici inhalatori cu durată scurtă de acțiune sau pacienți care sunt deja controlați adecvat prin utilizarea atât a corticosteroidilor inhalatori, cât și a agonștilor beta2-adrenergici inhalatori cu durată lungă de acțiune. **Bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC):** Tratamentul simptomatic al pacienților cu BPOC severă (VEMS < 50% din valoarea normală prezisă) și antecedente de exacerbări repetate la pacienți care prezintă simptome semnificative în pofida terapiei cronice cu bronhodilatatoare cu durată lungă de acțiune. **Doze și mod de administrare:** inhalatorie. **Astm bronșic:** nu este recomandat în tratamentul inițial al astmului bronșic. Dozajul componentelor este individualizat și trebuie ajustat în funcție de severitatea afecțiunii. Acest aspect trebuie luat în considerare nu numai la inițierea tratamentului cu medicamente combinate, ci și în cazul ajustării dozelor de întreținere. Dacă un anumit pacient necesită o combinație a dozelor diferite de cea disponibilă în medicamentul combinat inhalator, trebuie prescrise dozele corespunzătoare de agonști beta2-adrenergici și/sau corticosteroidi în medicamente inhalatorii separate. **Doze recomandate:** **Adulți (cu vârsta de cel puțin 18 ani):** 1 inhalatie, de două ori pe zi. Unii pacienți pot necesita până la maxim 2 inhalatii, de două ori pe zi. **Adolescenți (12-17 ani):** 1 inhalatie, de două ori pe zi. Pacienții trebuie reevaluați periodic de către medicul curant, astfel încât dozajul să rămână la optim. **Copii (cu vârsta de cel puțin 6 ani):** pentru copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 11 ani este disponibilă o variantă cu concentrații mai mici. **Copii cu vârsta sub 6 ani:** nu este recomandat copiilor cu vârsta sub 6 ani. Symbicort Turbuhaler 320 micrograme/9 micrograme/inhalatie trebuie utilizat doar ca terapie de întreținere. Pentru terapia de întreținere și de ameliorare a simptomelor sunt disponibile scheme de administrare cu concentrații mai mici. **Doze recomandate:** **Adulți:** 1 inhalatie, de două ori pe zi. **Informații generale:** **Grupe speciale de pacienți:** Nu este necesară ajustarea dozelor la pacienții vârstnici. Nu există date disponibile cu privire la utilizarea la pacienții cu insuficiență hepatică sau renală. Întrucât mecanismul principal de eliminare al budesonidei și formoterolului este metabolizarea hepatică, o expunere crescută poate fi de așteptat în cazul pacienților cu ciroză hepatică. **Contraindicații:** Hipersensibilitate (alergie) la budesonidă, formoterol sau lactoză. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare:** Se recomandă ca dozele să fie scăzute progresiv în cazul întreruperii tratamentului. Terapia nu trebuie inițiată în cursul unei exacerbări, în timpul agravării semnificative a simptomelor sau deteriorării acute a astmului bronșic. Dacă pacientul prezintă bronhospasm paradoxal, administrarea trebuie întreruptă imediat; tratamentul trebuie reevaluat. Pot apărea reacții adverse sistemice la corticosteroidii inhalatori, în special la doze mari, prescrise pe perioade lungi de timp. Reacțiile adverse sistemice includ sindrom Cushing, caracteristice cushinoide, supresia glandei suprarenale, retard de creștere la copii și adolescenți, scăderea densității osoase, cataractă, glaucom și mai rar, un palier de efecte psihologice sau de comportament, inclusiv hiperactivitate psihomotorie, tulburări de somn, anxietate, depresie, agresivitate (mai ales la copii și adolescenți). Posibilele efecte asupra densității minerale osoase trebuie luate în considerare, în special la pacienții aflați în tratament de lungă durată cu doze mari care prezintă factori de risc coexistenți pentru osteoporoză. Trebuie evitat tratamentul concomitent cu itraconazol și ritonavir sau alți inhibitori puternici ai enzimei CYP3A4. Dacă acest lucru nu este posibil, intervalul de timp dintre administrările medicamentelor care interacționează trebuie prelungit pe cât posibil. Symbicort Turbuhaler trebuie administrat cu precauție la pacienții cu tuberculoză pulmonară activă sau latentă, precum și la cei cu infecții fungice sau virale ale căilor respiratorii. Hipokaliemia potențial gravă poate să apară ca urmare a administrării de doze mari de agonști beta2-adrenergici. Tratamentul concomitent cu agonștii beta2-adrenergici și medicamente care pot induce hipokaliemie sau pot potența un efect hipokaliemiant, de exemplu derivați xantiniici, steroizi și diuretice, poate contribui la un posibil efect hipokaliemiant al agonștilor beta2-adrenergici. Sunt recomandate precauții speciale în cazul astmului bronșic instabil, cu utilizarea în diverse grade a bronhodilatatoarelor de urgență, precum și în cazul astmului bronșic sever acut, deoarece riscul asociat poate fi amplificat de către hipoxie și alte condiții în care probabilitatea dezvoltării reacțiilor adverse hipokaliemice este crescută. În aceste cazuri, se recomandă monitorizarea concentrațiilor plasmatice ale potasiului. Similar tuturor agonștilor beta2-adrenergici, trebuie luate în considerare determinări suplimentare ale glicemiei la pacienții cu diabet zaharat. Symbicort Turbuhaler 320 micrograme/9 micrograme/inhalatie conține lactoză monohidrat (< 1 mg pe inhalatie). **Sarcina și alăptarea:** Nu sunt disponibile date clinice privind expunerea în timpul sarcinii. Budesonida este excretată în laptele matern. Administrarea Symbicort Turbuhaler femeilor care alăptează trebuie luată în considerare numai dacă beneficiul potențial matern este mai mare decât orice dintre riscurile posibile pentru sugar. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje:** are o influență neglijabilă asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. **Reacții adverse:** pentru ca are în compoziție atât budesonidă cât și formoterol, pot să apară același tip de reacții adverse ca și cele raportate în cazul acestor medicamente administrate în monoterapie. Cele mai frecvente reacții adverse legate de medicament sunt efectele secundare farmacologice previzibile ale terapiei beta2-agoniste, tremorul și palpitațiile. Infecții și infestații: Frecvente: Infecții candidozice orofaringiene. Tulburări ale sistemului imunitar: Rare: Reacții de hipersensibilitate imediată și întârziată, exantem, urticarie, prurit, dermatită, angioedem și reacție anafilactică. Tulburări endocrine: Foarte rare: Sindrom Cushing, supresie a glandelor suprarenale, întârziere a creșterii, scădere a densității minerale osoase. Tulburări metabolice și de nutriție: Rare: Hipokaliemie; Foarte rare: Hiperglicemie. Tulburări psihice: Mai puțin frecvente: Agresivitate, hiperactivitate psihomotorie, anxietate, tulburări de somn; Foarte rare: Depresie, modificări de comportament. Tulburări ale sistemului nervos: Frecvente: Cefalee, tremor; Mai puțin frecvente: Amețeli; Foarte rare: Tulburări ale gustului. Tulburări oculare: Foarte rare: Cataractă și glaucom. Tulburări cardiace: Frecvente: Palpitații; Mai puțin frecvente: Tahicardie; Rare: Aritmii cardiace, de exemplu fibrilație atrială, tahicardie supraventriculară, extrasistole; Foarte rare: Angină pectorală, prelungirea intervalului QTc. Tulburări vasculare: Foarte rare: Variații ale tensiunii arteriale. Tulburări respiratorii, toracice și mediastinale: Frecvente: Irritație ușoară la nivelul faringelui, tuse, răgușeală; Rare: Bronhospasm. Tulburări gastro-intestinale: Mai puțin frecvente: Greață. Afecțiuni cutanate și ale țesutului subcutanat: Mai puțin frecvente: Echimoze. Tulburări musculo-scheletice și ale țesutului conjunctiv: Mai puțin frecvente: Crampe musculare. Infecții candidozice orofaringiene sunt datorate depunerii medicamentului la acest nivel. Sfătuirea pacientului să-și clătească gura după fiecare doză va minimiza riscul. Infecțiile candidozice orofaringiene răspund, de regulă, la tratamentul topic antifungic fără a necesita întreruperea corticosteroidului administrat pe cale inhalatorie. Similar celorlalte terapii administrate inhalator, poate apărea, în cazuri foarte rare care afectează mai puțin de 1 din 10000 pacienți bronhospasmul paradoxal, cu intensificarea imediată a wheezing-ului și scurtării respirației după administrarea dozei. Bronhospasmul paradoxal răspunde la bronhodilatatoare cu acțiune rapidă administrate inhalator și trebuie tratat imediat. Administrarea Symbicort Turbuhaler trebuie întreruptă imediat, tratamentul trebuie reevaluat și, dacă este necesar, se instituie o terapie alternativă. Reacțiile adverse sistemice ale corticosteroidilor administrate pe cale inhalatorie pot apărea, în special la doze mari prescrise pe perioade lungi de timp. Probabilitatea apariției acestor reacții este mult mai mică în cazul terapiei inhalatorii decât în cazul corticosteroidilor administrați oral. Posibilele reacții adverse sistemice includ sindromul Cushing, caracteristic cushingoid, supresia suprarenală, întârzierea creșterii la copii și adolescenți, scăderea densității minerale osoase, cataracta și glaucomul. Mai pot apărea sensibilitatea crescută la infecții și afectarea capacității de a adapta la stres. Aceste reacții sunt probabil dependente de doză, timpul de expunere, expunerea concomitentă sau anterioară la corticosteroidi și sensibilitatea individuală. **Deținătorul autorizației de punere pe piață:** AstraZeneca AB, SE-15185 Södertälje, Suedia. **Data revizuirii textului:** Iulie 2012. **Acest medicament se eliberează numai pe bază de prescripție medicală P6L. Pentru informații complete de prescriere vă rugăm contactați: AstraZeneca Pharma SRL, Bucharest Business Park-D, et.1, str. Menuteului nr.12, 013713, București. Tel. +40 21 317 60 41; Fax: +40 21 317 60 53.**

<sup>1</sup>vs. dispozitivul Diskus

Adaptat după: 1. Worth H. et al., Resp Med 2010; 104: 1450-59; 2. The PATHOS study: Larsson K. et al. J Intern Med 2013; DOI: 0.1111/Joim12067; 3. Thorsson L. et al., Br J Clin Pharmacol 2001; 52:529-38

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Pentru informații detaliate de prescriere solicitați Rezumatul Caracteristicilor Produsului.

RO-SYM-PA-02-N-09/13





Organizatori:



Sponsori:

