



Asociația
Medicilor de Familie
București - Ilfov

www.conferintemf.ro

Conferința de Medicina Familiei cu participare internațională

EDIȚIA a-XXII-a

**Echilibrul delicat între știință, artă
și comunicare**

CAIET REZUMATE

**25 - 28 martie
2026**

CUPRINS

<u>Somatizarea în abordarea interdisciplinară medicină de familie-psihiatrie</u>	4
Stimeriu Adriana, Ionescu Claudiu Gabriel.....	4
<u>Urmările nevaccinării adolescentului împotriva tusei convulsive — caz clinic</u>	4
Cirliș Andra Cristina.....	4
<u>Cum evităm ca tânărul de azi să devină pacientul cu afecțiuni severe de mâine? – rolul prevenției și monitorizării active.....</u>	5
Gălbenuș Daniel-Mihai,	5
<u>Vigilența clinică și eficientizarea managementului bolilor neurologice în cadrul rețelei de medicină primară</u>	5
Eremia Irina-Anca,	5
<u>Medicul de familie – prima verigă în diagnosticul precoce și tratamentul bolii cronice de rinichi ...</u>	6
Ilie Andreea-Maria,.....	6
<u>Fiziologic sau patologic? Manifestări tranzitorii din perioada neonatală în practica medicului de familie</u>	7
Nicola-Bobolea Ana Maria,	7
<u>Dincolo de Oglindă: De ce un IMC normal nu garantează siguranța cardiovasculară?.....</u>	7
Popa Corina	7
<u>Medicul de familie și prevenția cancerului pulmonar</u>	8
Bușneag Carmen Iliana,.....	8
<u>Semne de alarmă neurologice la pacientul vârstnic – lecții dintr-un caz clinic complex</u>	9
Isbasoiu Laura	9
<u>Rolul medicului de familie în prevenirea progresiei structurale a spondilartritei axiale și importanța inițierii precoce a terapiei biologice – prezentare de caz.....</u>	9
Agica Lorena.....	9
<u>Vaccinul anti-HPV între dovezi solide și ezitări: cum transformăm miturile pacienților în certitudini vaccinale?.....</u>	10
Nedelcu Cristina	10
<u>Prezentare de caz – Pacientă cu hipertensiune arterială refractară și leziuni trofice suprainfectate</u>	11
Cristea Cipriana.....	11
<u>Managementul expunerii ocupaționale la hepatita b și rolul medicului de familie în prevenția bolii și implementarea vaccinării gratuite la personalul medical.....</u>	11
Rădulescu Giulia-Ruxandra,	11

<u>Optimizarea terapiei cu metotrexat pentru control susținut în artrita reumatoidă - prezentare de caz</u>	12
Agica Lorena.....	12
<u>AIT la 45 de zile: o fereastră terapeutică pierdută, o șansă de prevenție câștigată</u>	13
Șcheau Marina Carmen.....	13
<u>Evoluția vaccinării HPV în România și impactul miturilor întâlnite în practica medicilor de familie</u>	13
Roxana Surugiu.....	13
<u>Factori care influențează deficitul de vitamină D la pacienții din sfera patologiei cardiovasculare</u>	14
Mihaela-Ioana BIBARCZA-BUJOR	



SOMATIZAREA ÎN ABORDAREA INTERDISCIPLINARĂ MEDICINĂ DE FAMILIE - PSIHIATRIE

STIMERIU ADRIANA, IONESCU CLAUDIU GABRIEL

Introducere: Somatizarea reprezintă o cauză frecventă de prezentare în medicina de familie, fiind caracterizată prin simptome fizice persistente asociate cu distress semnificativ și preocupare disproporționată pentru sănătate, în absența unei patologii organice evidente sau excesive față de patologia organică existentă. Modelele conceptuale, inclusiv teoria codificării predictive, sugerează că percepția simptomului rezultă din interacțiunea dintre semnalele interoceptive și convingerile anticipative privind vulnerabilitatea corporală.

Prezentare de caz: Pacientul T.L.C., 57 ani, se prezintă pentru senzație persistentă de „nod în gât” și odinofagie, debutate cu o lună anterior consultului. Evaluările ORL și gastroenterologice au evidențiat boală de reflux gastroesofagian, fără corelație proporțională cu intensitatea simptomelor. Istoricul relevă atacuri de panică (2011), angină pectorală (2015), tahiaritmie (2016), prolactinom confirmat imagistic (2022), acufene și vertij (2024), precum și un consum medical crescut în ultimii 15 ani. Se remarcă anxietate de fond, hipervigilență corporală și preocupare excesivă pentru sănătate. Contextul psihosocial este marcat de rolul cronic de îngrijitor al soției cu distrofie miotonică Steinert, aflată în stadiu avansat, dar și de istoricul familial de cancer.

Intervenție: S-a inițiat abordare multidisciplinară medicina de familie și psihiatrică, incluzând psihoeducație, intervenție psihoterapeutică și tratament cu Gabapentin 300 mg/zi, vizând reducerea amplificării somatosenzoriale și a hiperexcitabilității asociate anxietății având ca rezultat remisiunea simptomului inițial.

Concluzii: Cazul evidențiază importanța recunoașterii precoce a tiparelor de somatizare în medicina primară. Înțelegerea simptomului prin prisma interacțiunii dintre vulnerabilitatea anxioasă, stresul cronic și mecanismele de codificare predictivă permite reducerea suprainvestigării și prevenirea cronicizării. Relația timpurie medic de familie-medic psihiatru rămâne esențială în managementul eficient al acestor cazuri.

Referințe: American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(8):903–910. doi:10.1001/archpsyc.62.8.903 Ionescu, Claudiu Gabriel et al. "Somatic Symptoms and Sleep Disorders: A Literature Review of Their Relationship, Comorbidities and Treatment." Healthcare (Basel, Switzerland) vol. 9,9 1128. 30 Aug. 2021, doi:10.3390/healthcare 9091128 Kroenke, Kurt. "Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management." International journal of methods in psychiatric research vol. 12,1 (2003): 34-43. doi:10.1002/mpr.140 Löwe, Bernd et al. "Reconsidering Persistent Somatic Symptoms: A Transdiagnostic and Transsymptomatic Approach." Psychotherapy and psychosomatics"

URMĂRILE NEVACCINĂRII ADOLESCENTULUI ÎMPOTRIVA TUSEI CONVULSIVE — CAZ CLINIC

CIRLIG ANDRA CRISTINA

Introducere: Tusea convulsivă este o boală infecto-contagioasă, produsă de bacteria Bordetella pertussis, prevenibilă prin vaccinare, care a înregistrat o creștere alarmantă a incidenței în perioada post-pandemică, inclusiv în România. Această creștere a numărului de cazuri a afectat toate grupele de vârstă, inclusiv adolescenții deoarece foarte mulți nu au primit doza a doua de rapel dTpa la 14 ani.

Prezentare caz clinic: Pacient de sex masculin, în vârstă de 15 ani și 11 luni, s-a prezentat inițial în cabinetul medicului de familie, la începutul lunii ianuarie 2026 pentru febră moderată, rinoree, tuse, simptomatologie ce a fost

Încadrată drept bronșită acută pentru care a primit tratament antibiotic (macrolid) și simptomatice. Ulterior, la 10 zile este adus la camera de gardă pediatrie pentru tuse persistentă, seacă, iritativă, cu hemoptizie și se decide efectuarea unei radiografii pulmonare, ce nu a decelat modificări semnificative, motiv pentru care primește recomandare pentru un alt antibiotic (betalactamic), bronhodilatator și simptomatice. În decurs de câteva zile, tusea devine deosebit de chinuitoare, ține pacientul treaz, asociind dispnee inspiratorie, în afebrilitate. Este revăzut la camera de gardă, însă corticoterapia indicată nu ameliorează simptomele în decurs de 3 zile. Din antecedentele personale patologice se disting obezitatea și istoricul de bronșiolite la vârstă mică. La examenul clinic starea generală era satisfăcătoare, afebril, tahicardic, SpO₂=97% aa, obezitate grad I, tegumente palide, transpirate cu vergeturi albe la nivel abdominal, căi respiratorii superioare parțial obstruate, tuse seacă în chinte, fără raluri bronșice obiectivabile stetacustic. Bioumoral prezenta limfopenie ușoară, sindrom biologic inflamator minim, test rapid VSR pozitiv. Ținând cont de caracterul tusei, cu accentuare progresivă, în chinte, cu eliminarea unei spute vâscoase, asocierea dispneei inspiratorii, dar și de istoricul vaccinal cu omiterea rapelului diftero-tetano-pertussis la 14 ani, se ridică suspiciunea de tuse convulsivă, confirmată prin teste serologice.

Concluzii: În cazul prezentat se remarcă faptul că, deși tabloul clinic este spectaculos, chinuitor, pacientul nu a necesitat spitalizare. Totuși, particularitatea cazului este dată de co-infecția VSR, la un adolescent cu obezitate și istoric de bronșiolite cu spitalizare, asociere ce poate ridica probleme în evoluție. Este, totodată, important de menționat perioada lungă de timp de la debutul simptomatologiei nespecifice, la stabilirea diagnosticului de pertussis, cu multiple prezentări la camera de gardă, ceea ce a permis expunerea persoanelor vulnerabile la agentul etiologic înalt contagios al tusei convulsive și răspândirea infecției. Astfel, administrarea rapelului dTpa la 14 ani rămâne benefică atât pentru pacient, pentru a reduce povara bolii, cât și pentru contactii acestuia deoarece adolescentul este un rezervor important de infecție pentru grupele de risc.

CUM EVITĂM CA TÂNĂRUL DE AZI SĂ DEVINĂ PACIENTUL CU AFECȚIUNI SEVERE DE MÂINE? – ROLUL PREVENȚIEI ȘI MONITORIZĂRII ACTIVE

GĂLBENUȘ DANIEL-MIHAI, *Tănăsescu Rodica Narcisa*

Bolile cardiovasculare și metabolice continuă să reprezinte principala cauză de mortalitate și morbiditate, iar instalarea lor este precedată de ani de evoluție silențioasă a factorilor de risc modificabili. Pacientul de 40+ ani, aparent sănătos, se află adesea într-un moment critic al traiectoriei sale clinice, în care intervenția precoce poate modifica semnificativ prognosticul pe termen lung. Hipertensiunea arterială, dislipidemia, obezitatea și alterarea metabolismului glucidic, care reprezintă patologii interdependente, nu sunt doar diagnostice izolate, ci elemente cumulative ale riscului cardiovascular global, cu impact progresiv asupra vaselor și organelor-țintă. Identificarea și cuantificarea acestui risc, prin evaluare clinică și paraclinică sistematică, reprezintă un pas esențial în prevenirea evenimentelor cardiovasculare majore. Prezentarea evidențiază cazul unui pacient de 49 de ani, fumător, asimptomatic, la care screeningul oportunizat efectuat în cabinetul medicului de familie identifică hipertensiune arterială (TA=145/85 mmHg), obezitate grad II (IMC~37 kg/m²) și dislipidemie (LDL colesterol=150 mg/dl). Stratificarea riscului cardiovascular global indică o probabilitate crescută de evenimente în următorul deceniu. În absența intervenției, progresia către afectare de organ-țintă și complicații majore devine probabilă. Se inițiază intervenții non-farmacologice, tratament conform ghidurilor actuale, stabilirea țintelor terapeutice individualizate și monitorizare periodică, cu reevaluarea riscului la intervale regulate. Pacientul de 40+ ani reprezintă o șansă reală pentru o acțiune preventivă eficientă. Intervenția în această etapă urmărește reducerea riscului apariției unui diagnostic de boală cronică și, ulterior în situația apariției unei boli cronice, prevenirea progresiei către complicații majore și afectare ireversibilă de organ. Medicul de familie, prin continuitatea îngrijirii, evaluare periodică structurată și aplicarea consecventă a recomandărilor bazate pe dovezi, are responsabilitatea centrală de a oferi consiliere pentru sănătate și de a atrage atenția asupra factorilor de risc specifici fiecărui pacient. În contextul diagnosticului unei boli cronice, medicul de familie are rolul de a efectua o evaluare complexă și o monitorizare activă a pacientului, integrând în abordare toți factorii de risc asociați care pot favoriza apariția altor afecțiuni cronice (afectare cardiovasculară, diabet zaharat, obezitate, dislipidemie etc.). Consultația preventivă devine astfel un instrument esențial, capabil să prevină unele afecțiuni cronice, să reducă riscul de complicații, să influențeze favorabil evoluția bolii și să îmbunătățească prognosticul pe termen lung.

VIGILENȚA CLINICĂ ȘI EFICIENTIZAREA MANAGEMENTULUI BOLILOR NEUROLOGICE ÎN CADRUL REȚELEI DE MEDICINĂ PRIMARĂ

EREMIA IRINA-ANCA, *Lăzărescu Andreea-Larisa*

Introducere: Evaluarea pacienților cu afecțiuni neurologice prezintă o provocare majoră, întrucât tabloul clinic este frecvent polimorf și poate ascunde multiple patologii acute sau cronice. Diagnosticul diferențial al simptomatologiei neurologice reprezintă o provocare constantă, solicitând un grad ridicat de vigilență clinică. Identificarea rapidă a cauzei are impact direct asupra prognosticului și calității vieții, dar necesită o abordare complexă, interdisciplinară. Această lucrare își propune să analizeze importanța acurateții clinice prin prezentarea în oglindă a două cazuri distincte din spectrul neurologic, întâlnite în asistența medicală primară.

Material și metodă: Prezentăm experiența unui pacient de 82 de ani, hipertensiv, cu antecedente de intervenție pentru hernie de disc lombară, care s-a prezentat pentru sindrom confuzional, febră și scăderea forței musculare, Examinarea neurologică a ridicat suspiciunea unui accident vascular cerebral, însă investigațiile imagistice au exclus această ipoteză. De asemenea, se expune experiența unui pacient în vârstă de 20 de ani, fără antecedente personale patologice, ce se prezintă pentru parestezii ale membrilor inferioare bilateral. Investigațiile imagistice și examinarea neurologică a pus diagnosticul de scleroza multiplă.

Rezultate: În ambele cazuri, abordarea multidisciplinară a permis diagnosticarea unor afecțiuni ce nu sunt frecvent întâlnite în practica medicală pentru ambele grupe de vârstă și excluderea unor afecțiuni acute, dar cu un important ecou neurologic asupra pacientului. Intervenția promptă a prevenit instalarea unor sechele motorii ireversibile.

Concluzii: Sindromul confuzional la pacientul vârstnic trebuie privit ca un semnal de alarmă ce impune explorări rapide și orientare diagnostică largă. În cazul pacientului cu scleroză multiplă, provocarea principală este recunoașterea caracterului diseminat în timp și spațiu al simptomelor, evitându-se etichetarea acestora ca fiind somatoforme sau legate de stres.

MEDICUL DE FAMILIE – PRIMA VERIGĂ ÎN DIAGNOSTICUL PRECOCE SI TRATAMENTUL BOLII CRONICE DE RINICHI

ILIE ANDREEA-MARIA, *Pîrcălabu Elena Marina*

Hipertensiunea arterială și diabetul zaharat reprezintă principalii factori de risc pentru dezvoltarea bolii cronice de rinichi, fiind responsabili pentru majoritatea cazurilor de afectare renală la nivel global. Evoluția este adesea silențioasă, pacienții rămânând asimptomatici până în stadii avansate ale bolii, ceea ce favorizează diagnosticarea tardivă, în absența unui screening activ și a unui control riguros al bolilor de bază. Prezentarea evidențiază cazul unui pacient de 70 de ani, cunoscut cu hipertensiune arterială gradul III risc aditional foarte înalt, dislipidemie mixtă și diabet zaharat tip 2, care se adresează medicului de familie pentru valori tensionale necontrolate, fatigabilitate la eforturi mici, agitație și palpitații. Evaluarea paraclinică evidențiază rata de filtrare glomerulară de 47 ml/min/1,73 m² și raport albumină/creatinină urinară de 10 mg/g, persistente la reevaluare, confirmând diagnosticul de boala cronică de rinichi stadiul G3aA1, care, potrivit KDIGO, corespunde unui risc moderat de progresie a bolii. Cazul ilustrează importanța interpretării integrate a ratei de filtrare glomerulară, a albuminuriei și a reevaluării periodice a pacienților cu factori de risc. Optimizarea tratamentului antihipertensiv, inițierea terapiei cu inhibitorii co-transportorului 2 de sodiu-glucoză și controlul factorilor de risc cardiovascular au permis stabilizarea funcției renale și reducerea progresiei bolii. Având în vedere accesibilitatea metodelor de screening, e recomandat ca boala cronică de rinichi să fie diagnosticată precoce, evoluția sa putând fi semnificativ încetinită prin identificarea timpurie a scăderii ratei de filtrare glomerulară și a albuminuriei și prin optimizarea tratamentului patologiilor de bază. Cabinetul medicului de familie reprezintă punctul esențial în care boala cronică de rinichi poate fi depistată înainte de apariția complicațiilor ireversibile. Prin screening activ, inițierea terapiei nefroprotectoare și monitorizare continuă, medicul de familie are capacitatea reală de a influența evoluția bolii și prognosticul pacientului.

FIZIOLOGIC SAU PATOLOGIC? MANIFESTĂRI TRANZITORII DIN PERIOADA NEONATALĂ ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

NICOLA-BOBOLEA ANA MARIA, *Tănăsescu Rodica-Narcisa*

Perioada neonatală, corespunzătoare primelor 28 de zile de viață, reprezintă etapa de adaptare a nou-născutului la viața extrauterină. Se împarte în perioada neonatală precoce (primele 7 zile de viață) și perioada neonatală tardivă (7-28 de zile). În acest interval au loc modificări rapide ale funcțiilor respiratorii, circulatorii și metabolice, însoțite de numeroase fenomene tranzitorii fiziologice. Dintre acestea, cele mai frecvent întâlnite sunt scăderea ponderală din primele zile, icterul fiziologic, erupțiile cutanate benigne (eritem toxic neonatal, milia, descuamarea), criza genitală neonatală, regurgitațiile și colicile, precum și tremorul benign neonatal. Aceste manifestări sunt autolimitate și fac parte din adaptarea normală a nou-născutului, însă sunt frecvent interpretate de părinți ca semne de boală și determină prezentarea la consultație. Lucrarea își propune ilustrarea acestor situații printr-o serie de cazuri clinice întâlnite în cabinet, prezentând atât motivele adresării în prima săptămână de viață, cât și modul de abordare al acestor cazuri. Evaluarea clinică urmărește aprecierea stării generale, a alimentației, a diurezei și tranzitului intestinal, precum și identificarea semnelor de alarmă care ar fi necesitat evaluare mai amănunțită. Sunt discutate elementele de diferențiere față de patologia neonatală, precum debutul precoce al icterului, alterarea stării generale, refuzul alimentației, febra, vărsăturile bilioase sau leziunile cutanate sugestive pentru infecție. În cazurile prezentate, în absența acestor semne s-a adoptat conduita expectativă, cu monitorizare clinică și consilierea părinților. Manifestările tranzitorii fiziologice ale nou-născutului sunt frecvent întâlnite în practica medicului de familie. Recunoașterea caracteristicilor clinice și a semnelor de alarmă permite managementul conservator al cazurilor necomplicate, evitarea investigațiilor invazive și chiar a supradiagnosticului sau inițierii tratamentelor inutile. O evaluare clinică corectă contribuie, de asemenea, la reducerea prezentărilor nejustificate la serviciile de urgență și la orientarea adecvată către evaluare pediatrică atunci când este necesar.

DINCOLO DE OGLINDĂ: DE CE UN IMC NORMAL NU GARANTEAZĂ SIGURANȚA CARDIOVASCULARĂ?

POPA CORINA

Introducere: În medicina de familie, fenotipul TOFI (Thin Outside, Fat Inside) reprezintă o provocare majoră: pacientul normoponderal cu risc cardiovascular crescut prin adipozitate viscerală. Prezentarea evidențiază rolul medicului de familie în depistarea rezistenței la insulină sub masca unui indice de masă corporală normal pentru prevenția de precizie a evenimentelor majore.

Prezentarea cazului: Un bărbat de 42 de ani, asimptomatic, s-a prezentat pentru un control de rutină. Deși IMC-ul era de 23.8 kg/mp, examinarea clinică atentă a evidențiat o circumferință abdominală de 98 cm și o hipotrofie musculară a membrelor. Investigațiile au revelat un profil metabolic alarmant: trigliceride 245 mg/dl, HDL 34mg/dl și o glicemie bazală de 106mg/dl. Calculul indicelui HOMA-IR (5.7) a confirmat o rezistență severă la insulină, iar ecografia abdominală a decelat o steatoză hepatică grad II. În ciuda unui profil antropometric care nu ridică suspiciuni de obezitate conform standardelor clinice clasice, analiza detaliată a markerilor biologici a relevat o disfuncție metabolică severă. Această asimetrie între statusul ponderal normal și dezechilibrele hormonale și lipidice identificate subliniază pericolul fenotipului TOFI. Datele obținute au indicat o probabilitate înaltă de conversie rapidă către patologii cronice majore, precum diabetul zaharat și boala cardiovasculară aterosclerotică, demonstrând că absența semnelor clinice exterioare nu exclude prezența unei inflamații sistemice active cu potențial distructiv.

Discuții: Cazul demonstrează că absența obezității clinice nu garantează siguranța metabolică. Strategia s-a axat pe recompoziție metabolică, nu pe scădere ponderală. Intervenția a inclus un regim nutrițional normocaloric, hiperproteic, cu restricția carbohidraților rafinați precum și tratament farmacologic. Rezultatul a fost normalizarea indicelui HOMA-IR la 6 luni și remisia steatozei hepatice, demonstrând eficiența prevenției personalizate în medicina de familie.

Concluzii: Identificarea fenotipului TOFI permite diagnosticul rezistenței la insulină în stadiu reversibil. Mesajul central este de a nu ignora adipozitatea abdominală la pacientul normoponderal, deoarece acolo se află motorul inflamației sistemice. Medicul de familie rămâne singurul specialist capabil să identifice acești pacienți în stadiul reversibil, salvând vieți prin vigilență metabolică proactivă.

MEDICUL DE FAMILIE SI PREVENȚIA CANCERULUI PULMONAR

BUȘNEAG CARMEN ILIANA, *Matei Adriana-Larisa*

Majoritatea cazurilor de cancer pulmonar sunt diagnosticate încă în stadii avansate, când opțiunile de tratament și șansele de supraviețuire sunt semnificativ reduse. În acest context, prevenția și depistarea precoce devin elemente esențiale în reducerea mortalității. Rolul medicului de familie în managementul cancerelor, în general, este esențial pe tot parcursul bolii – de la prevenție și depistare precoce până la îngrijire paliativă și suport pentru familie. El devine, astfel, veriga centrală dintre pacient și sistemul medical. Cancerul pulmonar rămâne o problemă majoră de sănătate publică la nivel global. Incidența se menține la valori ridicate, în special în rândul populației vârstnice și în regiunile caracterizate prin prevalența crescută a fumatului. Se menține drept principala cauză de mortalitate prin cancer la nivel mondial, inclusiv în România. Rolul medicului de familie începe cu prevenția primară, prin identificarea și combaterea principalilor factori de risc. Fumatul, atât cel activ cât și cel pasiv, este responsabil de peste 80% din cazurile de cancer pulmonar. Având contact direct și continuu cu pacienții, medicul de familie poate interveni prin consiliere sistematică pentru oprirea fumatului, care implică recomandarea tratamentului medicamentos la nevoie și monitorizarea progresului pacientului. Educația pentru sănătate, promovarea unui stil de viață sănătos și reducerea expunerii la poluanți sunt, de asemenea, componente fundamentale ale prevenției. În ceea ce privește prevenția secundară, medicul de familie poate identifica pacienții eligibili pentru screening prin tomografie computerizată toracică low-dose. Acest test se adresează persoanelor cu vârsta între 50 și 80 de ani, cu istoric semnificativ de fumat. Decizia efectuării screeningului se bazează pe conceptul de decizie informată și partajată între medic și pacient. Medicul explică argumentele pro și contra ale screeningului, riscurile și beneficiile potențiale ale testării, diagnosticării și, ținând cont de sănătatea generală, de valorile și preferințele pacientului, se ia o decizie comună privind efectuarea testării. Nu în ultimul rând, medicul de familie are posibilitatea de a recunoaște prompt semnele și simptomele de alarmă, precum tusea persistentă, hemoptizia, dispneea progresivă sau scăderea ponderală inexplicabilă, inițiind rapid investigațiile necesare și trimiterea către medicul specialist oncolog. În concluzie, medicul de familie își menține rolul important în coordonarea îngrijirilor medicale asociate cancerului pulmonar, reprezentând totodată un sprijin constant pentru pacient și un factor cheie în asigurarea continuității actului medical. În absența implicării sale active, managementul oncologic riscă să devină fragmentat și mai puțin eficient.

SEMNE DE ALARMĂ NEUROLOGICE LA PACIENTUL VÂRSTNIC – LECȚII DINTR-UN CAZ CLINIC COMPLEX

ISBASOIU LAURA

Introducere: Accidentul vascular hemoragic reprezintă până la 20% dintre accidentele vasculare cerebrale, hemoragia intracerebrală (HIC) fiind subtipul cel mai frecvent. Tabloul clinic este marcat de debut brusc al semnelor neurologice de focar, putând fi asociate și alte manifestări sugestive pentru creșterea presiunii intracraniene, precum greața, vărsăturile, cefaleea, hipertensiunea arterială și declinul cognitiv. Material și metodă: Vom aborda cazul unei paciente de 85 de ani, cunoscută cu multiple comorbidități cardiovasculare, aflată sub tratament antiagregant plachetar cronic, care s-a prezentat la Compartimentul de Primiri Urgențe pentru declin cognitiv și tulburare de echilibru debutate brusc în ultimele 48 de ore.

Rezultate: Examenul clinic inițial aproape normal, în ciuda debutului brusc al simptomatologiei, a impus completarea urgentă cu evaluare imagistică. CT cranian nativ a evidențiat un hematoma subcut occipital stâng, cu dimensiuni de 46/31 mm, asociat cu edem perilezional și efect de masă asupra cortexului și ventriculului lateral stâng. Managementul a inclus terapie hiperosmolară și monitorizare, cu consult neurochirurgical și temporizarea intervenției. Evoluția nefavorabilă a impus inițierea corticoterapiei pentru reducerea edemului cerebral, determinând remiterea progresivă a simptomatologiei și externarea pacientei la 3 săptămâni de la prezentare.

Concluzii: Cazul evidențiază dificultatea recunoașterii precoce a HIC la pacientul vârstnic cu simptomatologie aparent nespecifică. Depistarea semnelor neurologice de alarmă, evaluarea atentă a declinului cognitiv și identificarea riscului hemoragic sunt esențiale pentru intervenția rapidă. Medicul de familie are un rol determinant în suspiciunea diagnostică timpurie, monitorizarea terapiei antiagregante și orientarea promptă către evaluare de specialitate, influențând decisiv prognosticul pacientului.

Particularitatea cazului: Tulburările de echilibru și declinul cognitiv, frecvent atribuite procesului de îmbătrânire, pot masca o patologie neurologică acută amenințătoare de viață. Keywords: accident vascular cerebral, hemoragie intracerebrală, antiagregant plachetar.

ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN PREVENIREA PROGRESIEI STRUCTURALE A SPONDILARTRITEI AXIALE ȘI IMPORTANȚA INIȚIERII PRECOCE A TERAPIEI BIOLOGICE – PREZENTARE DE CAZ

AGICA LORENA

Spondilartrita axială este o boală inflamatorie cronică progresivă care afectează adulții tineri și poate conduce la dizabilitate ireversibilă în absența tratamentului adecvat^{1,2,3}. Inflamația persistentă reprezintă principalul determinant al progresiei structurale, iar controlul precoce al acesteia este esențial pentru prevenirea formării de sindesmofite și a limitării funcționale^{4,5}. Recomandările actuale subliniază necesitatea inițierii precoce a terapiei biologice la pacienții cu activitate persistentă a bolii în ciuda tratamentului convențional^{1,2}. Prezentăm cazul unui pacient de 39 de ani, cunoscut cu spondilită anchilozantă HLA-B27 pozitivă, diagnosticată în 2004, tratat exclusiv cu AINS. Se prezintă pentru durere lombară inflamatorie severă, redoare matinală și durere de șold cu hipoestezie coapsa dreaptă. Antecedente heredocolaterale: mamă cu spondilită anchilozantă. Examenul clinic evidențiază limitare severă a mobilității axiale: test Schober 1,5 cm, indice deget-sol 43 cm, flexie laterală 3 cm, occiput-perete 13 cm și menton-stern 4 cm. Se constată durere la palparea și percuția coloanei dorso-lombare, contractură paravertebrală, manevre sacroiliace și Patrick pozitive. Activitatea bolii este crescută: ASDAS 3,53; BASDAI 3,15; VSH 30 mm/h și CRP 28,65 mg/L. Radiografia evidențiază sacroiliită grad IV bilateral, sindesmofite toraco-lombare, coxita bilaterală, confirmând progresia structurală

avansată după ani de control inflamator insuficient. Literatura actuală sugerează ca inițierea precoce a terapiei biologice, prin controlul sustinut al inflamației, este asociată cu limitarea progresiei structurale în spondilartroză axială.^{5,6,7} Acest caz evidențiază consecințele întârzierii escaladării terapeutice și subliniază rolul esențial al medicului de familie în recunoașterea progresiei bolii, monitorizarea funcțională și facilitarea inițierii precoce a terapiei biologice prin trimiterea la medicul specialist, pentru prevenirea dizabilității ireversibile și îmbunătățirea prognosticului pe termen lung.

Referințe: 1. Ramiro S et al. ASAS–EULAR 2022: recomandări pentru managementul axSpA. *Ann Rheum Dis* 2023. 2. van der Heijde D et al. Actualizare ASAS–EULAR 2016 pentru axSpA. *Ann Rheum Dis* 2017. 3. Boel A et al. Vârsta de debut în axSpA la nivel global. *Rheumatology* 2022. 4. Poddubnyy D, Sieper J. Progresia radiografică în axSpA: mecanisme și management. *Ann Rheum Dis* 2017. 5. Sepriano A et al. TNFi reduc progresia radiografică în r axSpA. *Arthritis Rheumatol* 2021. 6. San Koo B et al. TNFi încetinesc progresia radiografică în AS. *Ann Rheum Dis* 2020. 7. Baraliakos X et al. Biologicele și progresia radiografică în axSpA. *Ther Adv Musculoskel Dis* 2020.

VACCINUL ANTI-HPV ÎNTRE DOVEZI SOLIDE ȘI EZITĂRI: CUM TRANSFORMĂM MITURILE PACIENȚILOR ÎN CERTITUDINI VACCINALE?

NEDELICU CRISTINA

Introducere: Infecția cu Virusul Papiloma Uman (HPV) reprezintă o provocare majoră în asistența medicală primară, fiind responsabilă pentru aproximativ 690.000 de cazuri noi de cancer anual la nivel mondial, cu o incidență în creștere a neoplaziilor extragenitale la ambele sexe. În timp ce state cu programe structurate, precum Australia, ating acoperiri vaccinale de peste 90%, România înregistrează o rată sub 15% și cea mai ridicată mortalitate prin cancer de col uterin din Uniunea Europeană — un eșec sistemic cu consecințe oncologice directe și cuantificabile.

Obiective: Lucrarea analizează barierele identificate în cabinetul de medicină de familie care limitează vaccinarea anti-HPV în România și propune instrumente practice, aplicabile în consultație, pentru demontarea miturilor prevalente în rândul părinților și adolescenților.

Metodologie: S-a realizat o sinteză narativă a literaturii medicale recente (2020–2026), bazată pe surse de înaltă credibilitate: PubMed, WHO, American Cancer Society, The New England Journal of Medicine, JAMA, Lancet și ECDC. Au fost comparate modelele internaționale de succes cu realitatea sistemului național, cu accent pe factorii modificabili în practica medicului de familie.

Rezultate: Analiza identifică drept bariere principale: ezitarea parentală față de siguranța și efectele pe termen lung ale vaccinului, percepția eronată că screeningul citologic izolat oferă protecție suficientă, temerile nefondate privind impactul asupra fertilității și prejudecățile legate de dezinhibiția sexuală post-vaccinare. Dezinformarea mediatică și presiunea timpului în consultație amplifică aceste obstacole. Datele confirmă că vaccinarea administrată în intervalul recomandat de 11–14 ani reduce riscul de cancer invaziv cu până la 88%. Studiile arată că recomandarea fermă, prezumtivă și personalizată a medicului de familie rămâne factorul determinant în decizia de vaccinare, depășind semnificativ influența surselor neoficiale de informare. Sunt propuse strategii de comunicare adaptate contextului consultației de medicină de familie, inclusiv tehnici de abordare a refuzului și modele de conversație bazate pe dovezi.

Concluzii: Atingerea obiectivului OMS de eliminare a cancerului de col uterin necesită implicarea activă și coordonată a medicului de familie, a politicilor de sănătate publică și a sistemului educațional. Integrarea vaccinării anti-HPV ca standard de îngrijire în adolescență, complementar screeningului, reprezintă o strategie eficientă și susținută de dovezi pentru reducerea poverii oncologice. Medicul de familie deține o poziție privilegiată în construirea încrederii vaccinale și în traducerea evidențelor științifice în decizie clinică individualizată.

PREZENTARE DE CAZ – PACIENTĂ CU HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ REFRACTARĂ ȘI LEZIUNI TROFICE SUPRAINFECTATE

CRISTEA CIPRIANA

Introducere: Hipertensiunea arterială severă asociată cu multiple comorbidități cardiovasculare și metabolice reprezintă o provocare terapeutică importantă, în special la pacienții vârstnici. Prezența bolii renale cronice, a diabetului zaharat și a bolilor cardiovasculare determină frecvent apariția unei hipertensiuni arteriale dificil de controlat, cu risc crescut de complicații și afectare multiplă de organ țintă. În acest context, infecțiile cutanate sau leziunile trofice ale membrilor inferioare pot evolua sever, pe fondul microangiopatiei și al statusului imun alterat. Prezentăm cazul unei paciente vârstnice cu hipertensiune arterială severă și leziuni trofice gambiere suprainfectate, la care evoluția clinică a necesitat evaluare complexă și ajustări terapeutice repetate.

Prezentare de caz: Pacienta T.A., în vârstă de 75 de ani, s-a prezentat prin serviciul de urgență pentru leziuni trofice inflamatorii la nivelul gambei drepte, apărute cu aproximativ 6 zile anterior, asociate cu edem gambier și valori tensionale foarte crescute (TA la prezentare 197/73 mmHg). Antecedentele personale patologice au evidențiat hipertensiune arterială grad III cu risc cardiovascular foarte înalt, insuficiență cardiacă clasa II NYHA cu fracție de ejeție păstrată, fibrilație atrială paroxistică în tratament anticoagulant, boală renală cronică, diabet zaharat tip 2, insuficiență venoasă cronică, precum și antecedente de accident vascular cerebral ischemic și hemoragic. Examenul clinic a evidențiat stare generală relativ bună, edeme gambiere și leziuni trofice la nivelul gambei drepte. Investigațiile biologice au arătat sindrom inflamator important (PCR 41,4 mg/L) și leucocitoză cu neutrofilie, asociate cu retenție azotată semnificativă. Examenul bacteriologic din leziunea trofică a identificat *Staphylococcus aureus*. Pacienta a primit tratament antibiotic intravenos, tratament antihipertensiv intensificat și îngrijire locală a leziunilor. Evoluția a fost favorabilă, cu remiterea sindromului inflamator și ameliorarea leziunilor cutanate, însă valorile tensionale au rămas dificil de controlat, necesitând investigații pentru excluderea cauzelor de hipertensiune secundară.

Concluzii: Cazul prezent evidențiază complexitatea managementului unui pacient pluripatologic cu hipertensiune arterială refractară și afectare multiplă de organ țintă. Asocierea bolii renale cronice, a diabetului zaharat și a bolii cardiovasculare avansate favorizează rigiditatea vasculară și rezistența la tratament antihipertensiv. În plus, insuficiența venoasă cronică și diabetul contribuie la apariția și suprainfectarea leziunilor trofice. Managementul acestor pacienți necesită o abordare multidisciplinară și monitorizare atentă pentru reducerea riscului de complicații cardiovasculare majore și infecțioase.

MANAGEMENTUL EXPUNERII OCUPAȚIONALE LA HEPATITA B ȘI ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN PREVENȚIA BOLII ȘI IMPLEMENTAREA VACCINĂRII GRATUITE LA PERSONALUL MEDICAL

RĂDULESCU GIULIA-RUXANDRA, *Constantin Nicoleta Teodora, Țurcanu Sanda, Minerva Ghinescu*

Introducere. Infecția cu virusul hepatitic B (VHB) reprezintă un risc ocupațional major pentru personalul sanitar, în special în contextul expunerilor accidentale la produse biologice. Profilaxia postexpunere este eficientă dacă este instituită precoce și completată prin asigurarea protecției vaccinale pe termen lung. Conform ordinului nr. 3120 din 12 septembrie 2023, personalul sanitar nevaccinat sau cu titru anti-HBs <10 UI/ml beneficiază de vaccinare gratuită prin prescripție de la medicul de familie (MF). Lucrarea evidențiază rolul MF în aplicarea practică a cadrului legislativ prin prezentarea unui caz clinic relevant.

Prezentare caz: Cazul de față este al unei asistente medicale din secția obstetrică-ginecologie, nevaccinată anterior anti-VHB, care a suferit un accident prin înțepare cu instrumentarul chirurgical contaminat cu sânge de la o pacientă cunoscută cu infecție VHB, în timpul reprocessării instrumentarului de sterilizat. Managementul accidentului a inclus oprirea activității, precauții imediate ale leziunii-5 minute sub jet de apă și 5 minute dezinfectie hidro-alcoolică, anunțarea imediată a accidentului, recoltarea de serologii VHB, HIV și VHC de la pacientă și de la cadrul medical în

primele 2 ore, administrarea imunoglobulinei specifice anti-VHB în cel mai scurt timp și inițierea schemei accelerate de vaccinare (0, 1, 2, 12 luni), conform ghidurilor în vigoare. MF a fost implicat în prescrierea vaccinului în regim gratuit și în asigurarea continuității schemei vaccinale. Profilaxia a fost instituită în intervalul optim postexpunere. Vaccinarea s-a realizat prin cabinetul MF, în baza documentației medicale justificative, după clarificarea eligibilității conform prevederilor legislative. Monitorizarea ulterioară a seroconversiei pentru infecție urmând să fie testată la 2-3 luni de la administrarea ultimei doze de vaccin hepatitic B. Pacienta a continuat schema vaccinală conform recomandărilor. Cazul a evidențiat necesitatea unei mai bune informări privind facilitățile de vaccinare gratuită la nivelul asistenței medicale primare. MF are un rol strategic în prevenția infecției cu VHB la personalul sanitar prin consiliere, verificarea statusului vaccinal, prescrierea vaccinării gratuite și monitorizarea răspunsului imun. Aplicarea coerentă a cadrului legislativ reduce vulnerabilitățile ocupaționale și consolidează cultura prevenției. De asemenea cabinetul de MF reprezintă un cadru esențial pentru și pentru promovarea și realizarea vaccinării gratuite antigripale și antipneumococice la personalul medical.

Concluzii: Medicina de familie este veriga operațională în implementarea măsurilor de prevenție prevăzute de legislația națională privind vaccinarea personalului sanitar și nu numai. Abordarea proactivă a MF contribuie la reducerea riscului ocupațional și la creșterea siguranței în sistemul de sănătate.

OPTIMIZAREA TERAPIEI CU METOTREXAT PENTRU CONTROL SUSȚINUT ÎN ARTRITA REUMATOIDĂ - PREZENTARE DE CAZ

AGICA LORENA

Artrita reumatoidă este o afecțiune inflamatorie cronică sistemică, autoimună caracterizată prin sinovită persistentă, deteriorare structurală progresivă și afectare funcțională în absența tratamentului adecvat¹⁻³. Inițierea precoce a terapiei modificatoare de boală (DMARD) se asociază cu rezultate clinice superioare și progresie radiografică mai lentă, iar metotrexatul rămâne terapia convențională de primă linie recomandată de ghidurile EULAR și ACR⁴⁻⁵. Prezentăm cazul unei paciente de 53 de ani, cu debut al bolii în 2010, diagnosticată cu artrită reumatoidă seropozitivă (FR+, ACPA+), activitate înaltă a bolii (DAS28=6,2), sindrom inflamator marcat și modificări radiografice Steinbrocker II, încadrată funcțional în clasa I ACR. Tratamentul a fost inițiat cu metotrexat oral 15 mg/săptămână. Apariția intoleranței digestive persistente a impus trecerea la administrare subcutanată, cu escaladare progresivă până la 25 mg/săptămână pe parcursul mai multor ani de tratament, asociind suplimentare cu acid folic și monitorizare periodică hematologică și hepatică. Forma injectabilă a fost bine tolerată. La 6 luni, activitatea bolii s-a redus semnificativ (DAS28 = 3,4), cu scăderea markerilor inflamatori și a numărului de articulații tumefiate. La 12 luni, pacienta a atins remisiune clinică (DAS28 = 2,4), cu întreruperea glucocorticoizilor și fără evidențierea progresiei radiografice. În 2018, a fost înregistrat un episod de anemie ușoară, corectată prin monitorizare și ajustare terapeutică, fără întreruperea definitivă a tratamentului. La 5 ani, remisiunea s-a menținut fără necesitatea introducerii altor DMARD. La 10 ani, activitatea bolii a rămas joasă (DAS28 2,2-2,5), fără eroziuni noi și cu îmbunătățirea funcției (HAQ-DI = 0,3). La evaluarea de la 15 ani, tratamentul era 25 mg/săptămână, cu recomandarea reducerii la 20 mg/săptămână în contextul remisiunii stabile, conform strategiei treat-to-target și principiului utilizării celei mai mici doze eficiente⁴. Literatura arată că tratamentul cu MTX este asociat cu o rată mai lentă de progresie radiografică comparativ cu absența terapiei DMARD și cu menținerea funcției fizice pe termen lung⁶⁻⁸. Administrarea subcutanată poate asigura o biodisponibilitate mai constantă la doze ≥ 15 mg/săptămână și o tolerabilitate gastrointestinală mai bună, contribuind la aderența terapeutică⁹. Acest caz ilustrează faptul că o strategie terapeutică precoce, individualizată și monitorizată riguros poate permite obținerea și menținerea remisiunii pe termen lung, cu limitarea progresiei structurale și conservarea funcției articulare. Referințe 1. Smolen JS et al. Lancet. 2016;388:2023-38. 2. Scott DL et al. Lancet. 2010;376:1094-108. 3. McInnes IB, Schett G. N Engl J Med. 2011;365:2205-19. 4. Smolen JS et al. Ann Rheum Dis. 2023. 5. Fraenkel L et al. Arthritis Care Res. 2021;73:924-39. 6. Drosos AA et al. J Rheumatol. 1997. 7. Pincus T et al. Rheumatology. 2002. 8. Rau R et al. J Rheumatol. 2002. 9. Braun J et al. Ann Rheum Dis.

AIT LA 45 DE ZILE: O FEREASTRĂ TERAPEUTICĂ PIERDUTĂ, O ȘANSĂ DE PREVENȚIE CÂȘTIGATĂ

ȘCHEAU MARINA CARMEN

Introducere: Atacul cerebral ischemic tranzitor reprezintă o urgență neurologică cu risc crescut de AVC în primele zile după episod. Se definește printr-o disfuncție focală la nivelul creierului, măduvei spinării sau retinei, însă fără ischemie acută sau leziune tisulară. În practica medicului de familie prezentarea tardivă este frecvent determinată de factori sociali, psihologici și funcționali, în special în cazul vârstnicilor fragili. Gestionarea acestor situații presupune identificarea riscului, managementul inițial, și facilitarea accesului către îngrijiri specializate. Prezentarea cazului Pacientă în vârstă de 78 de ani, cunoscută cu HTA, DZ tip II în tratament cu ADO și tremor esențial se prezintă la cabinetul medicului de familie unde relatează retrospectiv (45 de zile în urmă), un episod brusc de hemipareză dreaptă, dizartrie și instabilitate posturală remis în decurs de câteva minute. Familia apelează serviciul de urgență, însă pacienta refuză internarea invocând vârsta înaintată și teama de pierdere suplimentară a autonomiei. Examenul clinic nu decelează deficit neurologic focal persistent. Se ridică suspiciunea de AIT, fiind luați în considerare factorii de risc cardiovascular multipli. Diagnosticul diferențial a inclus AVC minor și episod hipoglicemic. A fost reevaluat riscul cardiovascular global și s-a decis intensificarea controlului factorilor de risc, efectuarea investigațiilor paraclinice (analize uzuale, profil lipidic, EKG), optimizarea terapiei antihipertensive și antidiabetice și introducerea tratamentului antiagregant conform ghidurilor. Elementul cheie a stat în consilierea motivațională și reconstrucția percepției asupra vârstei și prognosticului prin explicarea riscului cumulativ de AVC invalidant. Ulterior pacienta acceptă trimiterea către neurologie și evaluare imagistică cerebrovasculară.

Concluzii: Cazul evidențiază faptul că în prezentarea tardivă, medicul de familie devine pivotul prevenției secundare printr-o intervenție multidimensională care poate transforma o oportunitate pierdută într-un moment cheie de prevenire a unui AVC major.

EVOLUȚIA VACCINĂRII HPV ÎN ROMÂNIA ȘI IMPACTUL MITURILOR ÎNTÂLNITE ÎN PRACTICA MEDICILOR DE FAMILIE

ROXANA SURUGIU

Scop și obiective: România continuă să înregistreze una dintre cele mai ridicate incidențe ale cancerului de col uterin din Uniunea Europeană, în ciuda disponibilității vaccinării anti-HPV prin program național. Studiul își propune să analizeze evoluția vaccinării HPV în contextul actual al mecanismului de compensare și să identifice principalele mituri legate de vaccin întâlnite în practica medicilor de familie.

Obiectivele au fost: (1) evaluarea tipurilor și frecvenței miturilor raportate în interacțiunea clinică; (2) compararea distribuției acestora între mediul urban și rural; (3) explorarea impactului perceput asupra acceptării vaccinării. Proiectare și metode: A fost realizat un studiu observațional, descriptiv, transversal, în perioada 20-28 februarie 2025, bazat pe un chestionar adresat medicilor de familie din România, distribuit online la nivel național prin platformele oficiale ale Societății Naționale de Medicina Familiei. S-a calculat o mărime necesară a eșantionului de 372 medici (Cochran, N=10.480); au răspuns inițial 531 de medici, iar după excludere (medici din altă specialitate, răspunsuri incomplete) 466 de răspunsuri au fost păstrate pentru analiză (n=466), reprezentând 4,44% din medicii de familie practicanți la nivel național (n=10.480). Chestionarul a inclus itemi privind experiența profesională, mediul de practică și frecvența întâlnirii unor mituri specifice (siguranță, fertilitate, necesitate, etc.).

Rezultate: Cele mai frecvent raportate mituri au fost: percepția că vaccinul HPV este destinat exclusiv fetelor, temeri privind efecte adverse severe sau pe termen lung și convingerea că vaccinarea nu este necesară înaintea debutului vieții sexuale. În mediul rural, preocupările legate de siguranță și fertilitate au fost semnificativ mai frecvente comparativ cu mediul urban (p < 0,05). Respondenții au indicat că aceste mituri influențează direct rata de acceptare

și necesită timp suplimentar de consiliere. Obiectivele de învățare includ recunoașterea tiparelor de dezinformare și dezvoltarea unor strategii eficiente de comunicare adaptate contextului sociocultural.

Concluzii: Evoluția vaccinării HPV în România este strâns legată de capacitatea sistemului de a combate dezinformarea persistentă. Rezultatele confirmă date din literatura internațională care arată că ezitarea vaccinală este alimentată predominant de temeri privind siguranța și fertilitatea. Consolidarea competențelor de comunicare ale medicilor de familie - prin recomandări ferme („presumptive recommendation”), aplicare tehnicilor interviului motivațional și refutare empatică a miturilor — împreună cu facilitarea accesului (administrare on-site, sisteme simple de reminder/recall) și implementarea unor campanii educaționale targetate, în special în mediul rural, pot avea un impact direct asupra creșterii acoperirii vaccinale.

FACTORI CARE INFLUENȚEAZĂ DEFICITUL DE VITAMINĂ D LA PACIENȚII DIN SFERA PATOLOGIEI CARDIOVASCULARE

MIHAELA-IOANA BIBARCZA-BUJOR

Lucrarea are ca **scop** să demonstreze relația dintre prezența a diverși factori și influența acestora asupra nivelului de vitamină D din organismul uman.

În această perioadă pe care o traversăm, se observă că tot mai multe persoane prezintă un nivel de vitamină D deficitar. Factorii care ar putea influența într-un sens negativ acest nivel sunt multipli. De la prevenția pentru cancerul de piele, prin aplicarea de protecție solară, un obicei tot mai des întâlnit în ziua de astăzi, la stilul de viață care ne permite să rămânem tot mai mult în casă, acolo unde suntem protejați de razele ultraviolete.

Bineînțeles, acești factori sunt doar o mică parte dintre cei care influențează poate major nivelul de vitamină D. Astfel că lucrarea de față își propune să evalueze relațiile dintre nivelul de vitamină D și factori precum: parametrii demografici (vârstă, sex, mediu de proveniență), boli cronice care au la bază inflamația, status inflamator propriu-zis, dar și boli oncologice sau infecțioase. Pe lângă toate acestea, vor fi analizați și unii parametrii de laborator care ar putea influența într-un sens negativ nivelul de vitamină D.

Deoarece de puțină vreme au început să fie studiate cu mai mult interes efectele benefice ale vitaminei D, dar și pentru că până acum nu s-a pus problema că există totuși anumite influențe pe care le-ar putea avea unii factori asupra nivelului său, nu există protocoale sau metode de screening prin care acest nivel să fie evaluat de rutină.

Astfel, în aceasta lucrare de tip caz clinic, participanții au fost evaluați anterior unei intervenții chirurgicale, din sfera chirurgiei cardiovasculare, fiind determinat nivelul de vitamină D3.

În concluzie, în conținutul lucrării se va regăsi o primă parte care reprezintă **partea generală**, unde sunt descrise noțiuni teoretice despre vitamina D, tipurile sale, mecanismul prin care este produsă, metabolizată și absorbită de organismul uman. Dar și descrierea unor alimente care conțin vitamină D. În plus vor fi evidențiate efectele și rolurile pentru care nu este atât de cunoscută, și nu în ultimul rând beneficiile suplimentării sale. Iar cea de-a doua parte este **partea specială**, reprezentată de un studiu retrospectiv, transversal și observațional al unui lot de pacienți în care voi analiza relațiile dintre prezența factorilor descriși mai sus și nivelul de vitamină D.

Modelul metodologic. Studiul retrospectiv, observațional, de tip transversal s-a desfășurat în cadrul “Spitalului Clinico” Brașov, pe secția de chirurgie cardiovasculară, pacienții fiind evaluați înainte ca să fie supuși unei intervenții chirurgicale. Aceștia au fost preluați dintr-o perioadă de doi ani, respectiv noiembrie 2022-ianuarie 2024.

Metoda prin care s-au prelevat datele în legătura cu nivelul de vitamină D a fost prin determinarea vitaminei D serice anterior supunerii pacienților la intervențiile chirurgicale din sfera chirurgiei cardiovasculare.

Iar prelucrarea statistică a fost efectuată în cadrul programului de calcul tabelar Office Excel, și pentru redactarea electronică s-a utilizat programul Microsoft Office Word și Power-point.

Criteriile de includere și excludere în studiu au fost:

Criterii de includere:

- Pacienți cu vârsta peste 40 de ani
- Pacienți supuși unei intervenții chirurgicale în cadrul secției de chirurgie cardiovasculară
- Date complete despre date demografice, date anamnestice, investigații de laborator
- Pacienți internați în perioada ianuarie 2024- decembrie 2022

Criterii de excludere:

- Refuzul intervenției chirurgicale
- Pacienți internați în afara perioadei de referință
- Pacienți cu tumori osoase
- Pacienți cu hipersensibilitate la vitamina D

Rezultatele în urma evaluării și observării fiecărui factor în parte, precum parametrii demografici, boli cronice, dar și parametrii de laborator, s-a observat existența unei legături directe între prezența bolilor cardiovasculare, disfuncțiile renale și nivelul deficitar de vitamină D3.

Iar ceilalți factori pe care i-am evaluat nu au susținut foarte ferm teoriile pe care literatura de specialitate le consideră, dar nici nu au fost invalidate total. Astfel că în cadrul lotului de 70 de cazuri pe care l-am studiat, nu s-a observat că există o influență directă asupra nivelului de vitamină D într-un sens negativ.

Mai exact atât la cazurile de sex feminin, cât și la cele de sex masculin, cel mai mare procent a fost ocupat de cazurile cu deficit de vitamină D, astfel că nu am considerat că există un anumit tip de sex care să influențeze major aceasta scădere a vitaminei D.

De asemenea, și în cazul mediului de proveniență, atât în cazul mediului urban, cât și a celui rural, situația este asemănătoare, cele mai multe cazuri de deficit de vitamină D le au ambele medii.

Din punct de vedere al vârstei, pentru cele două distribuții evaluate, în funcție de nivelul de deficit și nivelul optim, ambele au arătat că cel mai mare număr de cazuri este prezent la persoane cu vârsta peste 60 de ani. Chiar la distribuția cu nivel optim de vitamina D, grupa de vârstă în care sunt încadrate cele mai multe cazuri este mai mare decât la distribuția cu nivel de deficit de vitamină D. Totuși numărul de cazuri cu deficit este mult mai mare decât cel cu nivel optim, deși amândouă cuprinse într-o grupă de vârstă înaintată. În plus nu este clar dacă înainte de internare, aceste persoane au avut sau nu administrată vitamina D, iar astfel rezultatele pot să fie influențate.

Iar pentru factorii care provin din teste de laborator, cum ar fi: PCR, LDL-Colesterol și ATPO, rezultatele nu susțin nici ele, dar nici nu invalidează cu totul literatura de specialitate.

Astfel pentru PCR, toate cele trei distribuții evaluate (în funcție de nivelul de deficit, de insuficientă și optim al vitaminei D) au arătat că cel mai mare număr de cazuri cu deficit de vitamină D este cuprins la un nivel optim de PCR. Ceea nu susține faptul că inflamația ar putea influența în vreun fel nivelul acestei vitamine.

Dar ce poate să influențeze aceste rezultate, este faptul ca PCR nu este foarte specifică inflamației cronice. Inflamația fiind substratul bolilor cronice, deci ar trebui să fie prezentă, mai ales că toate aceste persoane selectate au cel puțin o patologie cronică.

Pentru LDL-Colesterol, un tip de colesterol care stă la baza aterosclerozei și a bolilor coronariene, dar și care este folosit pentru profilul lipidic al indivizilor, nu arată vreo influență în sens negativ asupra nivelului de vitamină D. Deoarece toate distribuțiile în funcție de nivelul de vitamină D, arată că au ca cel mai mare procent cazurile cu nivel optim sau optim la limită de LDL-Colesterol. Așa cum am specificat și mai sus, este foarte posibil ca acești pacienți să folosească deja medicație hipolipemiantă, iar acest lucru să influențeze aceste rezultate.

Iar pentru ATPO, anticorpul anti-tiroperoxidază, care apar și sunt folosiți frecvent ca marker de diagnostic pentru patologii autoimune ale tiroidei, am observat că deși există un număr mult mai mic de cazuri cu nivel crescut de ATPO, la fel ca și în cazul celor cu nivel optim de ATPO, tot cele mai mari procente le au cei cu deficit de vitamină D. Deci nu am putut face nici în acest caz o departajare clară între cele două distribuții, astfel încât să demonstrez că prezența anticorpilor duce la scăderea nivelului de vitamină D.

Iar pentru factori cum sunt bolile oncologice, infecțioase și cele autoimune, nu am putut evidenția clar influența asupra nivelului de vitamină D, deoarece în lotul ales există prea puține cazuri care să o evidențieze, fiind necesară observarea pe un număr de cazuri mai mare, astfel încât să fie comparate între ele.

În **concluzie**, pentru lotul de 70 de cazuri alese în urma criteriilor de includere și excludere a acestui studiu de caz, factorii care influențează nivelul de vitamină D3 spre unul deficitar, pot spune cu certitudine din rezultatele obținute, sunt bolile cardiovasculare și disfuncțiile renale. Iar restul factorilor evaluați deși nu au demonstrat și nu au susținut cu certitudine că ar avea o influență asupra nivelului de vitamină D în sens negativ, consider că ar mai fi nevoie să fie evaluate și alte loturi. Tocmai pentru a se observa dacă chiar au sau nu au o influență, și în plus pentru a putea susține datele deja prezentate în literatura de specialitate.



AUR



ARGINT



BRONZ



Antibiotice 

ONYX



CHIMIMPORTEXPORȚ - PLURIMEX SRL
peste 30 de ani de experiență

AMETIST



MEDIA



www.conferintemf.ro



Asociația
Medicilor de Familie
București - Ilfov

Conferința de Medicină Familiei

cu participare internațională

**Echilibrul delicat între știință, artă
și comunicare**

EDIȚIA a-XXII-a

**25 - 28 martie
2026**