

● De Sănătate

Pastilele de slăbit nu mai sunt un mit: ce va însemna viața sănătoasă și cum arată industria de miliarde din spatele ei

Medicamentele de slăbit au devenit o realitate. Dincolo de prafurile și substanțele ascunse în tot felul de suplimente alimentare, vândute ca leacuri minune, există și medicamente care au reușit să facă schimbări fundamentale în felul în care corpul percepe alimentația. Practic, o injecție de Ozempic pe săptămână dă senzație de sațietate la fiecare masă, după un consum moderat de alimente. „Ziarul de Sănătate” explorează, în această ediție, care sunt

riscurile obezității, ce înseamnă să fii supraponderal, cum arată un stil de viață sănătos și cum ar trebui să mâncăm pentru a nu căuta leacuri minune în farmacii. Dar am vorbit și cu cercetători pentru a înțelege care sunt mecanismele prin care aceste medicamente funcționează și am aflat că piața este pe punctul unei revoluții: niciodată lucrurile nu vor mai arăta la fel după ce vor apărea toate pastilele care sunt acum în stadii finale la studiile clinice.

Paginile 4-5



din Sumar

● **Cum analizăm singuri o alună care poate indica apariția cancerului de piele: regula ABCDE:** În ultimii ani cancerul de piele cunoaște o incidență crescută în populație, apariția acestei afecțiuni fiind strâns legată de razele soarelui. Dermatologii atenționează că expunerea prelungită și neprotejată la soare accelerează și accentuează îmbătrânirea pielii, duce la apariția ridurilor profunde, a petelor pigmentare, dar și a riscului de cancer de piele.

Pag. 2

● **Neputincioși în fața fricii necontrolate: cum ne putem apăra împotriva atacurilor de panică și ce facem când creierul ne dă comanda „Luptă sau fugi”:** Vine brusc, intens și aparent, fără motiv. Predomină simptomele fizice și din această cauză poți crede că ai o problemă importantă de sănătate.

Pag. 2

● **Când propriul organism se întoarce împotriva noastră: lupta cu bolile autoimune:** În medicina zilelor noastre se vorbește de peste 100 de boli autoimune. Explicate simplu, acestea sunt afecțiuni în care sistemul imunitar, în loc să ne apere, organismul de virusuri, bacterii și alte potențiale agresioni, începe să atace țesuturile proprii, articulațiile și alte organe ale corpului.

Pag. 3

● **O echipă de studenți medici s-a calificat în finala competiției „Heart Hackathon” din Japonia:** Performanță remarcabilă a echipei Centrului de Inovare și Transfer Tehnologic pentru Managementul Vârșnicului și Îmbătrânirii Sănătoase (CITT MAVIS) din cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași. Pentru al doilea an consecutiv, echipa s-a calificat în marea finală a competiției studentești internaționale „Heart Hackathon”.

Pag. 2

Elicopterul SMURD, pus pe drumuri pentru o înțepătură de albină, după exagerarea soacrei: „ginererele meu nu mai respiră”



„Ziarul de Sănătate” a vorbit cu prof.dr. Diana Cîmpoșu, medic-șef UPU-SMURD Iași, care face un apel la populație să sune la numărul de urgențe doar în cazul urgențelor și fără să exagereze. Unii pacienți mimează o urgență pentru ca medicul de pe ambulanță să emită certificatul de deces al vârstnicilor din familie care se sting acasă.

Pagina 3

SFATUL MEDICULUI

Gravidele nu se pot vaccina împotriva rujeolei dar pot face un tratament profilactic



Prof. Univ. Dr. Mircea Onofriescu, șef clinică Obstetrică I, Maternitatea „Cuza Vodă”, Iași: „Rujeola este o boală infecțioasă foarte contagioasă, cauzată de un virus ARN,

membru al genului Morbillivirus (familia Paramyxoviridae)”

Pagina 6



Spitalul de
Recuperare
Medicală

Recuperare medicală post AVC



0232 920
arcadiarecuperare.ro

Luigi Ionescu
pacient recuperare

Neputincioși în fața fricii necontrolate: cum ne putem apăra împotriva atacurilor de panică și ce facem când creierul ne dă comanda „Luptă sau fugi“

Ina DUMITRESCU

Vine brusc, intens și aparent, fără motiv. Predomină simptomele fizice și din această cauză poți crede că ai o problemă importantă de sănătate. Te gândești și te programezi la investigații și controale medicale. Dar de fapt nu ai nimic de acest gen ci doar un atac de panică.

Orice persoană poate avea la un moment dat în viață un atac de panică. Este cea mai comună formă de afectare a stării de bine psihologice, cu o incidență crescută la persoanele de gen feminin.

Conform specialiștilor, atacul de panică este un episod brusc și intens de frică, aparent fără motiv. La nivel organic, apare o reacție de tip „luptă sau fugi“, care este o reacție normală de activare a organismului în prezența fricii. Odată început, persoana se confruntă atât cu simptome psihologice cât și fizice. Acestea pot debuta brusc, în orice moment, ziua sau noaptea, chiar și în somn, în public sau în intimitate.

„Ziarul de Sănătate“ a vorbit cu Teodora Petrescu, psiholog clinician, care a participat la un studiu realizat de Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației de la



Teodora Petrescu

Universitatea „Alexandru Ioan Cuza“ din Iași, în care a fost cercetat efectul carantinei populației din România.

„La acea vreme rezultatele au confirmat faptul că a existat o stare de frică, mai ales de frică de moarte, semnificativ mai accentuată în populația testată comparativ cu starea dinainte de pandemie. Au fost identificate și alte manifestări precum accentuarea senzației de singurătate și o percepere a unei apropieri față de divinitate. Alte studii au confirmat faptul că persoanele infectate în timpul pandemiei au experimentat mai multe simptome de depresie și afectare a somnului, iar senzația generală de frică a fost semnificativ mai accentuată. Vedem, așadar, elemente tangente atacurilor de panică, frică, stările depresive, care au devenit tot mai accentuate în ultima perioadă“, a declarat Teodora Petrescu.

Factorii declanșatori

Oricine poate dezvolta la un moment dat un atac de panică, spune specialistul, dar experiențele traumatizante, experimentarea unui abuz, pot crește probabilitatea dezvoltării acestuia.

„Vorbind de existența «trigger»-ului, adică a factorilor declanșatori care pot pune aceluși disconfort. Uneori se poate să corelăm apariția atacului de panică cu stimuli psihologici, cum ar fi oboseala, stresul, anxietatea, evenimentele traumatice, situațiile conflictuale. Este evident că cineva care se simte copleșit ar putea suferi de un atac de panică. Altfel, vorbind despre existența factorilor biologici care să declanșeze simptomele atacului de panică precum consumul de cafeină, alcool, medicamente. Acestea vor crește și

ritmul cardiac“, a punctat Teodora Petrescu.

Aceasta a explicat însă că, în cazul atacului de panică, cauzele pot să nu fie mereu evidente, iar uneori s-ar putea părea că a apărut „pur și simplu de la nimic“. Unii dintre pacienții cu care a discutat psihologul i-au mărturisit că au experimentat atacuri de panică în timp ce stăteau liniștiți, fără să se gândească în mod special la o situație stresantă.

„Aceste simptome nu sunt totuși chiar de nicăieri, dar sunt greu de identificat și dau impresia că nu a existat un trigger. Un exemplu pe care îl folosesc cu persoanele care vin în terapie pentru a explica acest fenomen este să îi rog să își imagineze un copil ce mănâncă un dulce de la firma X când, deodată, începe să fie certat puternic pentru ceva ce a făcut, lucru care îl sperie. Anii trec și, la un moment dat, se plimbă în magazin, trecând și pe lângă ciocolata firmei de la care mânca atunci când era copil. Deși nu a băgat de seamă acest lucru, corpul începe să dea semnale de frică, ori de tristețe, aparent de nicăieri. Astfel, adultul ajunge la psiholog spunând că nu știe ce are, dar când merge în magazin, i se face frică fără nici un motiv. Dar vedeți, motivul există, însă este greu să aflăm în timp scurt care este acela. La fel este și la atacul de panică, adeseori pare că pornește de nicăieri, dar nu este așa“, a explicat specialistul.

Simptomele atacului de panică pot fi confundate cu un atac de cord

Atacul de panică durează de obicei între 5 și 20 de minute, dar apogeul este atins după 10 minute. Simptomele atacului de panică sunt intense și

neplăcute, putând fi confundate chiar cu un atac de cord.

Teodora Petrescu explică faptul că, la nivel biologic, individul începe să simtă cum inima îi bate tot mai repede, fiind asociate și dureri sau înțepături la nivelul pieptului. Apare senzația insuficienței respiratorii, are impresia că se sufocă, pot apărea tremurul, amețea și greața. La nivel psihologic, din cauza simptomelor fizice atât de intense, apare frica de a nu muri, de a pierde controlul sau de a înnebuni, senzații de detașare față de propriul corp sau față de realitate.

„La nivel organic, apare o reacție de tip «luptă sau fugi», care este o reacție normală de activare a organismului în prezența fricii. În cazul în care există un pericol real, de exemplu, dacă ar veni o mașină cu viteză către noi, reacțiile de frică declanșate ar putea chiar să ne salveze viața pentru că respirația rapidă, ritmul rapid al inimii, au rolul de a oferi cu viteză putere mușchilor mâinilor și picioarelor pentru a putea să fugim sau să ne luptăm, dacă este nevoie. Vorbim, așadar, de un mecanism normal, util al organismului, care este însă activat în situații neconforme“, a precizat psihologul.

În cazul atacurilor de panică, mintea interpretează unii stimuli ce sună aparent banali și declanșează acest proces de „luptă sau fugi“. Teodora Petrescu explică fenomenul: creierul eliberează rapid hormonii specifici fricii, precum adrenalina și cortizolul, în timp ce corpul începe să se manifeste prin transpirație, tremur, ritm cardiac crescut, durere în piept, respirație grăbită, senzație de frig la mâini și picioare.

„Din cauza intensității simptomelor, persoanele ce suferă un atac de panică se tem de posibilitatea de a muri. Vreau să liniștesc pe



oricine a experimentat vreodată un atac de panică, pentru că nimeni nu a murit niciodată de la acesta. Pot apela la tehnici și metode de relaxare care să îi ajute să gestioneze un astfel de moment“, a mai spus Teodora Petrescu.

Atacul de panică nu este un factor declanșator pentru o altă boală mintală. Dimpotrivă, este un semnal de alarmă puternic față de un disconfort psihologic ce trebuie tratat.

Meditația poate fi o soluție

Recunoașterea simptomelor în cazul unui atac de panică este extrem de importantă pentru că ajută specialiștii să excludă alte probleme medicale.

„Fiecare persoană are nevoie de analize medicale actualizate, care să îi con-

firmă dacă este sau nu predispus spre a dezvolta anumite boli. Odată ce știm că analizele sunt în regulă și că, biologic, nu suntem în pericolul de a avea o problemă medicală cardiovasculară, putem spune cu siguranță, în cazul apariției simptomelor, că acesta este doar un atac de panică“, a menționat Teodora Petrescu.

Pe termen scurt, este importantă implementarea tehnicilor de relaxare, pentru a putea liniști organismul. Important este ca persoanele care simt și identifică un astfel de episod, să exerseze, încă de când sunt calme și nu a fost declanșat impulsul de „luptă sau fugi“, tehnici de respirație, de meditație, care vor fi cu adevărat folositoare în acele momente. Psihologul a explicat că dacă aceste tehnici sunt aplicate doar în timpul atacurilor de panică, ele nu vor putea fi eficiente,

este nevoie de exersarea lor și în momentele de liniște pentru a deveni un automatism.

„Dacă simțiți că se instalează primele simptome ale unui atac de panică: bate inima mai repede, simțiți frică, aveți senzația că nu vă mai puteți concentra, nu mai respirați cu ușurință, ajutați-vă mintea să se conecteze la «aici și acum», prin numirea lucrurilor din jurul vostru, conectarea mâinii cu diverse texturi, pe care le puteți numi cu voce tare, sau chiar prin mișcarea lucrurilor din jur. Opriti-vă din activitatea pe care o faceți, așezați-vă într-o poziție confortabilă, și începeți exercițiile de respirație pentru a putea liniști ritmul inimii. Ascultați muzică sau stați de vorbă cu cineva pentru a distra mintea de la factorul declanșator cu care v-

ați întâlnit. Mai ales, amintiți-vă că sunteți în siguranță și că totul va trece cu bine“, a completat Teodora Petrescu.

Ea a transmis că dacă o persoană dezvoltă un atac de panică nu e nici motiv de îngrijorare, nici „semn de nebulnie“, e o afecțiune normală care afectează multe persoane, iar simptomele se retrag în câteva minute. Dar dacă fenomenul se repetă pe termen lung, trebuie solicitat ajutorul psihologic specializat pentru identificarea declanșatorului și pentru a opri fenomenul.

Există și tratamente medicamentoase ce pot fi prescrise doar de medicii psihiatri, în vederea ameliorării stărilor intense de anxietate resimțite de pacient. Acestea sunt recomandate în cazul în care starea de bine a clientului este semnificativ afectată, nefiind suficientă, la început, doar intervenția psihologică. ●

Cum analizăm singuri o aluniță care poate indica apariția cancerului de piele: regula ABCDE

Ina DUMITRESCU

În ultimii ani cancerul de piele cunoaște o incidență crescută în populație, apariția acestei afecțiuni fiind strâns legată de razele soarelui. Dermatologii atenționează că expunerea prelungită și neprotejată la soare accelerează și accentuează îmbătrânirea pielii, duce la apariția ridurilor

profunde, a petelor pigmentare, dar și a riscului de cancer de piele. În numărul anterior, dr. Andreea Dumitriu, medic specialist dermatovenerolog, a explicat importanța folosirii factorului de protecție solară pentru a avea o piele frumoasă și sănătoasă. Specialistul ne dezvăluie în ediția de astăzi importanța utilizării frecvente a

produselor cu protecție solară. Acestea sunt cruciale pentru prevenirea cancerului de piele și pentru protejarea sănătății.

Oricine poate să dezvolte un cancer de piele, indiferent de vârstă, sex sau rasă

Cremla cu factor de protecție formează o barieră între piele și radiațiile solare. Dacă nu folosim aceste produse putem vorbi de daune cauzate de expunerea la UV.

Corpul nostru poate repara doar o parte din daunele ADN-ului din celulele pielii. În timp daunele nereparate se pot acumula și pot produce mutații care fac ca celulele pielii să se înmulțească rapid. Acest lucru poate duce însă la apariția tumorilor maligne. Putem vorbi astfel de carcinom bazocelular, scuamocelular sau melanom.

Dr. Andreea Dumitriu explică faptul că acest grad de deteriorare a pielii depinde de intensitatea razelor UV și de timpul în care pielea a fost expusă fără protecție. De asemenea, și zona în care locuim este extrem de importantă. Dacă soarele este puternic pe tot parcursul anului, atunci nivelul de expunere și riscul de a dezvolta cancer de piele cresc. Există în dermatologie regula ABCDE, o modalitate ușoară de a face diferența între o aluniță normală și un cancer de piele. ABCDE înseamnă asimetrie, borders (marginii), culoare, diametru, evoluție.

„Unii oameni sunt mai predispuși la arsuri solare. Tipul de piele determină această susceptibilitate. Astfel, persoanele cu pielea deschisă la culoare prezintă cel mai mare risc de arsuri solare, iar acestea reprezintă cauza principală în majoritatea cazurilor de carcinom bazocelular, scuamocelular și melanom. Fiecare dintre noi trebuie să știm să ne autoexaminăm pielea, iar în cazul în care observăm o aluniță, o leziune nouă care

nu seamănă cu celelalte sau o aluniță preexistentă modificată, trebuie să mergem la medical dermatolog pentru un consult de specialitate. Alunițele sunt examinate urmând regula ABCDE, adică asimetrie, margini neregulate, culoare neuniformă cu diverse nuanțe de maro, brun-închis până la negru, diametru mai mare de 6mm, modificarea în evoluție a unei alunițe cu creștere în dimensiuni, apariția unei rani independente de un traumatism care se vindecă greu“, a punctat dr. Andreea Dumitriu.

Atenție la factorul de protecție al cremelor

Cunoașterea caracteristicilor ABCDE ale cancerului de piele ne poate ajuta să găsim semne incipiente ale acestei afecțiuni. Revenind la cremla cu factor de protecție, medicul dermatolog ne dezvăluie câteva aspecte de care trebuie să ținem seama atunci când le achiziționăm. „Conform indicațiilor Academiei Americane de Dermatologie, este recomandat să utilizăm o cremă cu un factor de protecție de minim 30, care oferă protecție atât împotriva UVB cât și UVA, să aibă o textură potrivită tenului și să verificăm și perioada de expirare. În farmacii există multiple produse dermatocosmetice fotoprotectoare pe care le putem utiliza“, a conchis medicul. ●

Institutul Regional de Oncologie vrea să își facă bucatărie proprie și un mic restaurant

Ancuța POPA

Institutul Regional de Oncologie (IRO) din Iași face demersuri pentru construirea unui bloc alimentar propriu. IRO nu a dispus niciodată de o bucatărie proprie, funcționând mereu cu ajutorul unei firme de catering. Deși calitatea mâncării s-a îmbunătățit în ultimii ani, o parte dintre pacienți și-au exprimat nemulțumirea legată de aspectul și gustul mâncării în chestionarele de satisfacție.

Pacienții de la IRO sunt mai sensibili decât alții și necesită regimuri dietetice speciale, ceea ce înseamnă că mâncarea nu este adesea piperață și sărată. Totuși, angajații IRO cred că s-ar putea face mai mult pentru a îmbunătăți calitatea alimentației. La ultima licitație pe trei ani, la care sperau să participe mai multe firme pentru a exista competiție, nu s-a prezentat nicio altă firmă în afară de cea cu care au colaborat deja.

Un mini restaurant

Mirela Grosu, managerul Institutului Regional de Oncologie din Iași, afirmă că și-a exprimat nemulțumirile de multe ori prin rapoarte scrise. Grosu afirmă că în ultimii ani s-a îmbunătățit calitatea și aspectul serviciilor, dar consideră că există loc de îmbunătățiri și că o bucatărie proprie ar rezolva această problemă. Astfel, ea nu renunță la speranța că, în viitor, va apărea un proiect, fon-

duri sau o finanțare nerambursabilă care să facă posibilă realizarea acestui plan.

„Pe lângă blocul alimentar, îmi doresc și un mini restaurant, nu doar pentru pacienți, dar și pentru aparținătorii și salariații noștri. Împreună cu rezidenții suntem peste 1200 de salariați și fiecare vrea să mănânce ceva la prânz și cred că am putea să facem așa ceva. Avem două locații posibile pentru construcție, ambele situate mai sus de Centrul de Screening și Diagnostic în Boli Oncologice, pe strada Sărării, la numerele 177 B și 177 C. Aceste terenuri sunt în folosința noastră gratuită, fiind administrate de Consiliul Județean. Intenționăm să implementăm proiecte în una dintre aceste locații, respectiv construirea unui bloc alimentar și a unui mini restaurant. Prin această inițiativă, noi nu urmărim să amortizăm niște cheltuieli, ci să oferim ceva în plus pentru calitatea hranei“, a declarat Mirela Grosu, managerului Institutului Regional de Oncologie din Iași.

În prezent, relația dintre firma de catering și IRO este bună. Asistentul dietetician ține legătura cu cei de la firma de catering, iar obiectivele importante sunt raportate în scris. Periodic se realizează controale de către serviciul de epidemiologie al IRO la sediul unde se prepară și ambalează mâncarea pentru pacienți

pentru a verifica dacă activitatea se desfășoară în condiții igienice și dacă se respectă toate normele de igienă. Totodată, asistentul dietetician este prezent întotdeauna la livrarea mâncării și o verifică organoleptic și dacă corespunde calitatii. Acesta ține legătura cu infirmierii care repartizează hrana la patul pacientului sau la oficiul alimentar.

„Nu ar putea să ne factureze acest serviciu“

În ceea ce privește mâncarea pentru pacienți, Institutul Regional de Oncologie din Iași acoperă costurile alocăției pentru hrană, care includ alimentele și cheltuielile indirecte, cum ar fi manopera, caserolele și utilitățile necesare pentru prepararea hranei. Astfel, cheltuielile lunare acoperă totul, de la materia primă și prepararea acesteia, până la utilități și manoperă.

„Am contactat alte spitale pentru a găti în altă unitate sanitară, dar nu este posibil deoarece codul CAEN al unităților sanitare nu include această activitate, ci doar prestarea de servicii medicale. Chiar dacă un spital ar avea capacitatea și dorința de a ne ajuta, nu ar putea să ne factureze acest serviciu. Prin urmare, singura opțiune este un prestator privat. Menționăm că noi nu am avut niciodată un bloc alimentar“, a declarat managerul IRO. ●



Elicopterul SMURD, pus pe drumuri pentru o înțepătură de albină, după exagerarea soacrei: „ginerele meu nu mai respiră“

„Ziarul de Sănătate“ a vorbit cu prof.dr. Diana Cimpoeșu, medic-șef UPU-SMURD Iași, care face un apel la populație să sune la numărul de urgențe doar în cazul urgențelor și fără să exagereze unii pacienți mimează o urgență pentru ca medicul de pe ambulanță să emită certificatul de deces al vârstnicilor din familie care se sting acasă

Medicii urgențiști ieșeni fac un apel la populația generală: să țină legătura mai bine cu medicul de familie atunci când se simt rău, pentru a ști când este cazul să sune la 112, și dacă apelează la numărul unic de urgență să nu exagereze starea lor de sănătate. Prof.dr. Diana Cimpoeșu a explicat pentru „Ziarul de Sănătate“ că există periodic câte un apel în care oamenii exagerează complicațiile sau efectele unei urgențe. Iar în ultima săptămână au existat două astfel de cazuri, unul chiar flagrant.



mai respiră, e îndrumată să meargă la el, să îl tragă de haine, să încerce să-l trezească, iar adesea acest lucru clarifică urgența, spune prof.dr. Diana Cimpoeșu. Dar în rest nu pot fi identificate exagerările și se merge pe buna credință a apelantului – se trimite cel mai competent sau cel mai apropiat echipaj.

Și așa felul de organizare al răspunsului la urgențe, spune prof.dr. Diana Cimpoeșu, este de a trimite mai multe resurse decât se anticipează că ar fi nevoie, pentru orice eventualitate, în caz că ar apărea complicații.

„Dacă avem un echipaj în zonă care răspunde la un apel ajunge acolo și solicită intervenția elicopterului sau alt tip de ajutor. Dar nu așteptăm mereu înainte de a trimite elicopterul. Spre exemplu, la explozia care a fost la Dedeman, nu am așteptat să ajungă cineva acolo și să constate – când am primit apelul, am și trimis elicopterul. Sunt decizii luate pentru că este mai bine, dacă am ca resursă, să trimitem din prima și să îl întorcem drum dacă se descoperă că nu este nevoie“, a mai punctat medicul șef UPU-SMURD Iași.

În același timp, există și reversul medaliei – oameni care nu țin legătura cu medicul de familie și care ajung să sune prea târziu la 112 atunci când le este rău. Peste weekend, o femeie de 65 de ani s-a stins din viață după ce a stat aproape o săptămână acasă cu dureri abdominale, fără să ceară ajutor medical. A sunat într-un final la 112 când durerea devenise insuportabilă, dar medicii nu au putut să o salveze și acum așteaptă rezultatele necropsice pentru a vedea ce i-a adus sfârșitul.

„Doamna trebuia să vină din urmă cu patru, cinci zile. Sau să vorbească ziua cu medicul de familie, să îl dea o trimitere la un medic specialist sau să o îndrume să sune la 112 dacă constata că durerile persistă. De aceea recomandăm mereu oamenilor să spună adevărul când sună la numărul unic de urgență, să nu aștepte dacă se simt rău, dar nici să nu lăsăm pe altcineva fără ajutor“, a conchis prof.dr. Diana Cimpoeșu.

Sunt și oameni care sună prea târziu, când nu mai pot fi salvați

Când cineva sună panicat la 112 și spune că o persoană nu

defavoarea altor oameni practic. Pentru că trimiți ajutor maximal la un astfel de apel și poate să vină un altul, mult mai justificat pentru trimiterea echipajului respectiv, și să nu mai ai pe cine trimite. Săptămânal există câte un apel din acesta în care se exagerează mai mult. Numărul de urgențe este urgent, derulăm de ani de zile o campanie de informare și educare în sensul acesta“, a punctat prof.dr. Diana Cimpoeșu.

Cele mai frecvente exagerări – pentru certificatul de deces

Șefa UPU-SMURD Iași a descris că cel mai frecvent astfel de exagerări au loc în cazul persoanelor în vârstă sau care se află la finalul vieții, când familia așteaptă să se stingă dintr-o clipă în altă. Ei sună totuși la 112, spun că e un caz de stop cardio-respirator, că nu mai respiră, că medicul care răspunde la caz și constată decesul să poată emite și certificatul corespunzător.

„Familia știe că a murit, dar nu spune asta la telefon, ci doar că a făcut un stop, nu mai respiră, veniți vă rugăm. Ei vor ca doctorul să dea certificatul de deces și să nu mai aștepte. Și echipajul găsește pacientul decedat, cu toată familia în jur, liniștită, copiii care îi țin de mână, așa cum probabil mă gândesc că fiecare dintre noi și-ar dori să fie finalul vieții. Nu cu manevre de resuscitare pentru că, la finalul vieții, la 90 de ani, cu boli cunoscute, familia să exagereze doar ca să vină un

„Când au văzut că familia dorește asta, au început manevrele de resuscitare. Iar doctorii, medic primar cu zeci de ani de experiență, a fost apoi reclamată de fiică spunând că «mama a murit din cauza tax», a completat prof.dr. Diana Cimpoeșu.

Sunt și oameni care sună prea târziu, când nu mai pot fi salvați

O femeie a sunat la 112 îngrozită de faptul că ginerele ei fusese înțepat de o albină și a dezvoltat o reacție alergică. Le-a spus medicilor că bărbatul nu mai respiră, iar de la Iași s-a decis intervenția maximală: a fost trimis elicopterul SMURD cu echipaj cu medic. La fața locului, însă s-a descoperit faptul că bărbatul suferise, într-adevăr, o reacție alergică la nivelul pielii, dar respira și era în afara oricărui pericol vital.

„Avea o reacție alergică, într-adevăr, necesita ajutor medical, dar putea fi oferit de un echipaj de urgență care ajungea acolo cu o mașină. Soacra a spus la telefon că nu respiră, iar atunci acesta e criteriul de a trimite elicopterul. Nu se întâmplă foarte des, dar și duminică seara am mai avut un apel similar: că un bărbat era căzut pe stradă, în comă, într-o localitate din mediul rural. A ajuns întâi o ambulanță cu asistent care era în zonă și a descoperit că omul era conștient, căzut în stradă, ce-i drept, băuse un pic“, a declarat prof.dr. Diana Cimpoeșu, medic-șef UPU-SMURD Iași.

La fața locului, în cazul bărbatului căzut în stradă, pentru care se primise apel că este în comă, s-ar fi trimis elicopterul SMURD dacă nu era noapte, iar din Iași a plecat oricum un echipaj de Terapie Intensivă Mobilă. Echipaj care s-a întors din drum când ambulanța care a ajuns a descoperit de fapt că respira și era conștient. Aceasta din urmă l-a preluat și l-a transportat pentru investigații suplimentare la spital.

„Aceste exagerări sunt făcute cu intenție, dar în

Când propriul organism se întoarce împotriva noastră: lupta cu bolile autoimune

ina DUMITRESCU

În medicina zilelor noastre se vorbește de peste 100 de boli autoimune. Explicate simplu, acestea sunt afecțiuni în care sistemul imunitar, în loc să ne apere, organismul de virusuri, bacterii și alte potențiale agresiuni, începe să atace tesuturile proprii, articulațiile și alte organe ale corpului. Acestea devin victime ale propriului sistem imunitar.

Medicii consultați de „Ziarul de Sănătate“ au explicat că o boală autoimună se apare pe un teren genetic predispus, fiindcă purtăm în genele noastre multe boli potențiale. Asta nu înseamnă și că le facem pe toate, dar în cazul bolilor autoimune ele sunt de fapt o dereglare imună, în care pacientul suferă din cauza faptului că un sistem imun este prea activ și confundă ținta.

Artrita reumatoidă, regina bolilor reumatismale autoimune

Dr. Adriana Munteanu Ciornohuz, medic primar reumatolog, diagnostichează și tratează zilnic afecțiuni autoimune. Aceasta spune că bolile autoimune sunt un spectru important în meseria medicilor, apariția lor având de-a face cu întâlnirea organismului uman cu un factor declanșator.

„Principala boală reumatismală autoimună este artrita reumatoidă. Este o boală inflamatorie cronică ce se manifestă prin afectarea articulațiilor mici ale mâinilor și picioarelor, dar având potențialul de a se extinde la oricare articulație din corp.

Pacientul simte durere în articulațiile afectate și rigiditate. Considerată o boală distructivă care duce la invaliditate, artrita reumatoidă are în zilele noastre variante optime de tratament. Din păcate, boala poate să apară la orice vârstă, din copilărie până la maturitate. În tratamentul artritei reumatoidă trebuie să restabilim un echilibru în sistemul nostru imunitar. Din acest motiv, terapiile medicamentoase sunt extrem de importante. Nu vorbim însă de vindecare, ci de remisiune. Aceasta înseamnă o terapie pe termen îndelungat“, a explicat medicul.

Lupusul eritematos sistemic, „marele imitator“

Lupusul eritematos sistemic este o boală gravă denumită de medici „marele imitator“. Poate mima prin simptome diverse afecțiuni. Pacientul prezintă stări de oboseală, iritații cutanate, fatigabilitate, dureri articulare. Din acest motiv este destul de greu de diagnosticat.

„Lupusul eritematos sistemic este o afecțiune rară, pe care o diagnosticăm prin analize imunologice specifice, precum anticorpii antinucleari cu specificitate pentru lupus. De multe ori, diagnosticul vine cu întârziere ca urmare a specificității bolii de a imita diverse afecțiuni. În această boală pot apare leziuni cutanate minore, dureri articulare și în cazurile grave afectări renale. Factorii de risc în lupusul eritematos sistemic sunt cei genetici“, a spus dr. Adriana Munteanu Ciornohuz.

Medicul explică faptul că pacienții sunt mereu sfătuiți să se ferească de anumiți factori declanșatori precum cei virali, bacterieni sau ultravioletele. Fiindcă vorbim de pacienți a căror boală debutează după vacanța de vară, după o expunere solară intensă.

„E greu să spunem cu exactitate care este factorul declanșator, dar îl putem presupune coreland primele simptome cu ceea ce s-a întâmplat în viața lui. Și stresul cronic e un alt factor care ne face mai vulnerabili în fața bolii. În cele mai multe cazuri, pacienții vin târziu la medicul specialist deoarece au căutat greșit un diagnostic și un tratament. La ora actuală există progrese importante în ceea ce privește terapia biologică în tratarea lupusului“, a mai precizat dr. Adriana Munteanu Ciornohuz.

Spondilita anchilozantă, boală cu întârziere mare în diagnostic

Statisticile mondiale arată că, în spondilita anchilozantă, de la apariția primelor simptome până la diagnosticare trec aproximativ 10 ani. Durează atât de mult deoarece pacienții confundă durerea lor cronică de spate cu o activitate fizică intensă. Medicul ieșean povestește că de multe ori pacienții iau diverse antiinflamatoare, durerea trece și atunci aceștia nu mai merg la medic pentru diagnostic și tratament.

„Spondilita anchilozantă fiind o boală inflamatorie autoimună a coloanei, se manifestă prin durere cronică de spate. Vorbim de o durere lombară joasă care apare nocturn și e însoțită

de rigiditate dimineața la trezire. Durerea de spate durează mult timp. Noi bănuim că este vorba de această boală atunci când o durere de spate durează mai mult de 3 luni. Terapia în spondilita se adresează sistemului imunitar. Este o medicație imunomodulatoare, care încearcă să țină în loc agresiunea sistemului imunitar“, a detaliat dr. Adriana Munteanu Ciornohuz.

Artrita psoriazică, boală progresivă cu potențial distructiv

O rudă apropiată a artritei reumatoidă este artrita psoriazică. Este înrudită cu psoriazisul cutanat și poate să apară concomitent cu acesta, dar și separat. Este o boală progresivă cu un potențial distructiv important. Persoanele care au în familie un istoric de psoriazis sau artrită psoriazică au riscul de a dezvolta această afecțiune autoimună. Pe lângă factorul genetic se poate vorbi și de obezitate, infecții sau traume în apariția bolii. Simptomele artritei psoriazice sunt durerea și rigiditatea în articulații. Netratată, boala poate duce la deformarea și distrugerea articulațiilor.

„Tratăm artrita psoriazică în colaborare cu medicul dermatolog pentru că tratăm în același timp pielea și articulațiile. Ca și în cazul artritei reumatoidă, nici cea psoriazică nu se vindecă. Încercăm să obținem remisiune prin tratamentele actuale. Boala apare din copilărie și putem spune că aproximativ 30% din cazurile de psoriazis cutanat fac artrită psoriazică“, spune dr. Adriana Munteanu Ciornohuz.

O echipă de studenți medici și s-a calificat în finala competiției „Heart Hackathon“ din Japonia

Ancuța POPA

Performanță remarcabilă a echipei Centrului de Inovare și Transfer Tehnologic pentru Managementul Vârstnicului și Îmbătrânirii Sănătoase (CITT MAVIS) din cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa“ din Iași. Pentru a doilea an consecutiv, echipa s-a calificat în marea finală a competiției studentești internaționale „Heart Hackathon“ pentru realizarea unei inimi artificiale, eveniment care va avea loc pe 12 noiembrie în Ustunomiya, Japonia. Anul trecut, în cadrul finalei desfășurate la Dallas, echipa de la UMF Iași a primit „Premiul pentru cea mai avansată inimă artificială“.

„Presiunea este mai mare pentru că trebuie să ne

menținem. Anul trecut nu se știa nimic de noi, anul acesta pornim ca favoriți cu cea mai avansată inimă artificială. Am lucrat la partea externă, avem un nou concept controller care este o inovație la nivel mondial și sistemul de transmitere wireless a energiei. Pe lângă asta, am și optimizat celelalte sisteme pe care le realizasem anul trecut“, a declarat drd. Alexandru Pleșoianu, coordonatorul echipei.

Echipa este formată din aproximativ 30 de studenți de la toate programele de studii ale Facultății de Bioinginerie Medicală și Facultății de Medicină din Iași, sub coordonarea drd. Alexandru Pleșoianu.

Datorită acestei calificări, studenții au posibilitatea de a participa la întâlnirea Anuală a

ISMCS (International Society For Mechanical Circulatory Support) din Ustunomiya, pentru a-și prezenta proiectul.

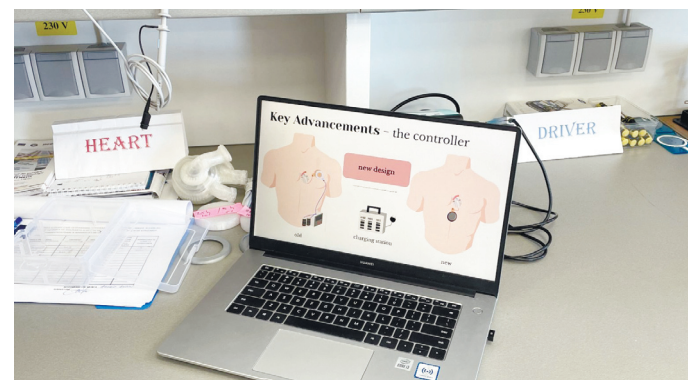
„Am lucrat la aplicații care ne-au permis să identificăm mai bine nevoile și pașii necesari pentru a îmbunătăți această propunere. Există o colaborare multidisciplinară, un entuziasm deosebit și o instruire solidă a acestor tineri studenți. Sperăm ca toate aceste elemente să ne ajute, pe de o parte, să avem o participare remarcabilă anul acesta, iar pe de altă parte, să ne aducă mai aproape de implementarea ideii, astfel încât să putem ajuta pacienții să trăiască mai bine și mai eficient. Când vorbim despre dispozitive medicale, drumul este foarte lung. Suntem optimiști și sperăm ca în 2-3 ani să putem începe testările. Obiectivul nostru pe termen scurt este să testăm dispozitivul de asistență ventriculară pe un model animal“, a declarat Ionuț Nistor, conf. dr. – Director CITT MAVIS.

Vlad Oancea, unul dintre studenții implicați în proiect, povestește că fiecare participant s-a concentrat pe domeniul său de interes, fie că a fost vorba de proiectare, design sau simularea fluidelor, studenții au extins cunoștințele dobândite la facultate prin acest pro-

iect. Deși asemănările cu o inimă funcțională sunt încă limitate și mai este un drum lung până când aceasta va putea fi utilizată efectiv, din pasiune, studenții au ales să petreacă multe ore în laborator după programul de la facultate pentru a aduce proiectul cât mai aproape de realitate.

„Am lucrat intens și am decis să desfășurăm toate orele de muncă în laborator, unde aveam la dispoziție toate instrumentele necesare. Acolo ne era mult mai ușor să ne consultăm între noi și beneficiăm de o atmosferă motivantă. Pentru primul proiect, am muncit peste un an. Deși facultatea este destul de solicitantă, ne-am creat o rutină deoarece fiecare dintre noi a realizat ce oportunitate mare reprezintă acest proiect și cât de mult ne putem dezvolta profesional“, a declarat Vlad Oancea, student în anul II la Bioinginerie Medicală.

Inima artificială MAVIS a primit numeroase premii și în România: „Inovația medicală a anului“, la Romanian HealthCare Awards, „Premiu de excelență“ în cadrul Galei Cercetării românești, locul I la concursul „Game of Science – România“, dar și în străinătate: yESAO Exchange Award 2024 și IQVIA – „Leadership in healthcare“.



Advertisement for ZIARUL DE IASI, featuring multiple newspaper clippings with headlines like 'Persoanele fizice ce achiziționează locuințe sunt cele mai îngrijorate de modificarea cotei de TVA', 'Piața auto, la Iași: accelerarea înmatriculărilor de mașini', and '„2024 este și un an al investițiilor“'.

Pastilele de slăbit nu mai sunt un mit: ce va însemna viața sănătoasă și cum arată industria de miliarde din spatele ei

Medicamentele de slăbit au devenit o realitate. Dincolo de prafurile și substanțele ascunse în tot felul de suplimente alimentare, vândute ca leacuri minune, există și medicamente

care au reușit să facă schimbări fundamentale în felul în care corpul percepe alimentația. Practic, o injecție de Ozempic pe săptămână dă senzație de sațietate la fiecare masă, după un

consum moderat de alimente. „Ziarul de Sănătate” explorează, în această ediție, care sunt riscurile obezității, ce înseamnă să fii supraponderal, cum arată un stil de viață sănătos și cum ar

trebui să mâncăm pentru a nu căuta leacuri minune în farmacii. Dar am vorbit și cu cercetători pentru a înțelege care sunt mecanismele prin care aceste medicamente funcționează

și am aflat că piața este pe punctul unei revoluții: niciodată lucrurile nu vor mai arăta la fel după ce vor apărea toate pastilele care sunt acum în stadii finale la studiile clinice.

INTERVIU | Dr. Adina Rusu, nutriționist-dietetician, avertizează că genetica joacă un rol important în obezitate

„Ziarul de Sănătate” a discutat cu dr. Adina Rusu, nutriționist-dietetician, despre cum ar trebui să arate un regim alimentar sănătos pentru persoanele care nu doresc să ia în greutate sau care sunt deja supraponderale și își doresc să revină la o stare de normalitate. Specialistul a explicat că fiecare organism este diferit și nu există o dietă universală, aplicabilă tuturor, iar cel mai des să mâncăm sănătos înseamnă să mâncăm cumpătat, introducând în dietă, sub forma diferitelor preparate, și alimente sănătoase. Genetica joacă însă un rol important: adesea se poate întâmpla să luăm în greutate fără a face excese ieșite din comun, excese care, în cazul altor persoane, nu duc la supraponderalitate sau obezitate.

- Ce înseamnă să mîncăm sănătos? Cum ar trebui să arate mesele dintr-o zi pentru un adult care nu e nici la dietă și nici nu are vreo restricție suplimentară?

Există în mentalul colectiv ideea că o alimentație sănătoasă este constituită pe baza unui tipar perfect, cu alimente ideale și gramaje strict stabilite. Din fericire, lucrurile nu stau chiar așa! Să mâncăm sănătos sau, altfel spus, să avem o nutriție optimă înseamnă, pur și simplu, să consumăm alimente adecvate, în proporții bine echilibrate, pentru a susține nevoile organismului nostru. Astfel, fiecare organism are propriile sale nevoi, iar o dietă sănătoasă poate arăta foarte diferită de la o

persoană la alta. De exemplu, o persoană care face un sport cu greutate și o muncă bazată pe forța fizică poate avea nevoie de mai multe proteine pentru a-și susține musculatura necesară acestei activități. Pe de altă parte, o persoană care iubeste drumețiile are, cel mai probabil, nevoie de mai mulți carbohidrați pentru a-și susține acest hobby.

Cum arată de fapt o alimentație sănătoasă? Ei bine, nu există o definiție universală sau un singur tip de dietă ideală. Însă, există câteva recomandări generale care pot avea un impact pozitiv și de durată asupra sănătății noastre. Astfel, includerea în alimentație a unei cantități optime de alimente de origine vegetală (cel puțin cinci porții de fructe și de legume), consumul zilnic de proteine de bună calitate (leguminoase, nuci, pește, ouă, carne slabă, lactate), respectarea unui program al meselor principale ale zilei, cu evitarea meselor foarte târzii și a consumului de alimente pe parcursul nopții sau includerea alimentelor fermentate în meniu, care să susțină echilibrul microbiotei intestinale, reprezintă câteva puncte de pornire care ne pot ajuta să ne constituim propriul tipar de alimentație sănătoasă.

În timp ce unii oameni par că pot mânca orice fără a se îngrășa, alții par să ia în greutate indiferent cât de puțin mîncă

- Cum funcționează mecanismele care duc la îngrășare? Cât contează metabolismul, atât de des invocat, într-o astfel de situație? Este adevărat că sunt persoane care pot mânca ce vor, cât vor, și să facă mișcare similară cu alte persoane de vîrstă cu ele, dar care pur și simplu nu se îngrășă?

În abordarea clasică a obezității, cantitatea de mâncare consumată ar reprezenta factorul declanșator pentru excesul ponderal. Cu alte cuvinte, conform acestei

interpretări, dacă mâncăm mai multă mâncare decât avem nevoie, devenim obezi. Astăzi, știm însă că lucrurile nu sunt atât de simple.

În timp ce unii oameni par că pot mânca orice fără a se îngrășa, alții par să ia în greutate indiferent cât de puțin mîncă. Astfel, atât aportul de alimente, cât și metabolismul nostru, respectiv modul în care consumăm energia adusă prin mâncare, sunt influențate de o combinație dintre factorii de mediu și genetică. Acești factori ne pot afecta fiziologia (de exemplu, cât de repede ardem caloriiile consumate), dar și comportamentul alimentar (cum ar fi, tipurile de alimente pe care alegeți să le mîncăm).

Interacțiunea dintre acești factori începe în momentul concepției și continuă pe tot parcursul vieții. Până în prezent, au fost identificate peste 400 de gene diferite implicate în cauzele obezității, dar doar câteva par a avea o influență majoră. Genele contribuie la creșterea în greutate în multe feluri, afectând apetitul, sațietatea (sensul de plenitudine), metabolismul, distribuția grăsimii corporale sau chiar tendința de a folosi mâncatul ca o modalitate de a face față stresului. Impactul influenței genetice asupra greutății corporale variază destul de mult de la o persoană la alta. Cercetările sugerează că, pentru unii oameni, genele reprezintă doar 25% din predispoziția către excesul ponderal, în timp ce, pentru alții, influența genetică este de până la 70-80%.

Factorii de mediu sunt „forțele” exterioare care contribuie la problemele cu greutatea. Influențele mediului își fac simțita prezența foarte devreme, chiar înainte de a ne naște. De exemplu, copiii mamelor care au fumut în timpul sarcinii sunt mai predispuși să devină supraponderali. Același lucru este valabil și pentru copiii născuți de mame care au avut diabet. După naștere, bebelușii care sunt alăptați mai mult de trei luni au un risc mai redus de a avea obezitate ca adolescenți, comparativ cu sugarii care sunt

alăptați mai puțin de trei luni.

De asemenea, obiceiurile alimentare pe care le dobândim în copilărie se pot păstra, în multe cazuri, pentru tot restul vieții. Copiii care beau sucuri cu zahăr și mîncă alimente procesate, bogate în calorii, își dezvoltă un gust, o preferință, pentru aceste produse și continuă să le mîncă și în viața de adult. La fel, copiii care se uită la televizor și joacă jocuri video în loc să fie activi se pot „programa” pentru un viitor sedentar.

În plus, multe caracteristici ale vieții moderne promovează excesul ponderal. Astfel, mediul „obezogen” în care trăim astăzi ne stimulează să mîncăm mai mult și să facem mai puțină mișcare. De asemenea, există tot mai multe dovezi științifice care susțin faptul că și alte componente ale stilului de viață – cum ar fi cât de mult dormim, nivelul nostru de stres și alți factori psihologici – ne pot afecta greutatea corporală.

- Ați avut pacienți care v-au întrebat despre Ozempic? Este adevărat că ne aflăm în fața primului medicament cu adevărat eficient în slăbire și dacă va fi regăndit în acest sens va revoluționa felul în care abordăm nutriția, dieta și hrana?

Atunci când se adresează dieteticianului, cei mai mulți oameni sunt decisi să facă o schimbare în alimentație, fără a apela la medicamente sau intervenții chirurgicale. Au fost însă și pacienți care au menționat că au încercat tratamentul cu Ozempic, fără succes însă, motiv pentru care au decis să-și corecteze stilul de viață. Atât medicamentele, cât și chirurgia bariatrică, pot reprezenta un ajutor util în cazul celor care nu au reușit să slăbească prin metodele tradiționale. Dar, așa cum se întâmplă în cazul oricărui tratament medicamentos, efectele adverse sunt întotdeauna un risc asociat.

De asemenea, trebuie să luăm în calcul și faptul că, la fel ca în orice terapie pentru managementul ponderal, tratamentul cu semaglutidă,



substanța activă din Ozempic, nu garantează menținerea greutății obținute pe termen lung. Astfel, după întreruperea tratamentului, kilogramele pierdute pot fi recăștigate în termen scurt ca urmare a revenirii la obiceiurile alimentare anterioare. Cheia pentru menținerea greutății obținute constă în adoptarea unui stil de viață sănătos pe termen lung.

Teama de vacanțele all-inclusive nu e nefondată: pot duce la îngrășare

- E suficient să mîncăm o perioadă scurtă, timp de 1-2 săptămîni, mai mult decît de obicei, pentru a căpăta kilograme de care, revenim la dieta normală, nu mai scăpăm?

Dacă avem, în mod normal, o alimentație echilibrată, chiar dacă vom avea astfel de perioade în care mîncăm mai mult sau dezorganizat, corpul nostru va tinde să revină

la greutatea inițială. Desigur, cu condiția să conștientizăm aceste schimbări din alimentația noastră și să le corectăm cât mai rapid. Odată cu înaintarea în vîrstă, corpul nostru suferă modificări vaste, inclusiv modificări ale compoziției corporale, cu scăderea masei musculare, fapt ce poate duce la ceea ce în mod popular numim un metabolism lent. Putem sesiza astfel că nu mai reușim să slăbim la fel de rapid ca altădată.

- Ar trebui să ne temem de vacanțele la all-inclusive? Ne putem alege de acolo cu kilograme de care nu vom putea scăpa decît printr-o rutină intensă de exerciții fizice?

Dacă avem la dispoziție alimente diferite, variate, așa cum se întâmplă în vacanțele all-inclusive sau de sărbători, vom consuma o cantitate mai mare de mâncare. Conform studiilor, cu cât mîncăm mai mult din același aliment, cu atât devine mai puțin apetisant. Dintr-o perspectivă

evolutivă, dorința de varietate a asigurat că oamenii vor mânca o dietă cu alimente diversificate, oferind o gamă sănătoasă de nutrienți. Dar, în lumea de astăzi, cu o aprovizionare aparent nesfârșită de alimente bogate în grăsimi, zahăr și calorii, este ușor să mîncăm în exces, pur și simplu pentru a ne satisface nevoia biologică pentru o varietate de gusturi.

Astfel, mîncatul în exces din vacanțe poate favoriza creșterea în greutate și menținerea excesului ponderal și după revenirea acasă, în condițiile în care avem și alți factori predispozanți, cum ar fi factorii genetici sau cei de mediu, de exemplu sedentarismul sau stresul.

- Ce le recomandă pacienților care vin la dumneavoastră și spun că vor să slăbească - cu ce încep prima dată? Cu numărul calorilor, eliminarea carbohidraților?

În primul rând, recomand pacienților care vin la cabinet să conștientizeze faptul că

atunci când vorbim despre corectarea alimentației nu ne referim la un regim pe termen scurt, ci la modificări ale stilului de viață pe care trebuie să ni le asumăm pe termen lung. De asemenea, le recomand să nu caute soluții miraculoase întrucât disciplina și perseverența reprezintă bazele oricărui demers de corectare a greutății.

În ceea ce privește alimentația, inițial trebuie să identificăm ce greșeli facem în modul în care mîncăm și să corectăm aceste greșeli progresiv, etapizat. Nu putem obține o alimentație „ideală” de pe o zi pe altă întrucât formarea unor conexiuni neuronale necesare stabilirii de noi obiceiuri durează zile sau chiar luni, în funcție de individ. De asemenea, în orice demers ce ține de corectarea stilului de viață trebuie să învățăm să fim blânzi cu noi, să avem răbdare, să ne ascultăm organismul și să ținem cont de nevoile acestuia. ●

Cum luptăm împotriva obezității și când apelăm la medic. Avertisment: „nu începeți tratamente medicamentoase pe cont propriu”

Ina DUMITRESCU

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, în România prevalența atât a obezității, cât și a supraponderalității este de aproximativ 57% din populație. Datele statistice arată că jumătate dintre români sunt obezi. Nici în ceea ce îi privește pe copii nu stăm mai bine. Aceleași statistici arată că aproximativ 11% dintre copiii și adolescenții din România sunt obezi, iar 25% sunt supraponderali. Conform World Obesity Atlas 2023, rata de creștere a obezității în România până în 2035 va fi de 2,1%/an la adulți și de 5,6%/an la copii. Aceste cifre ne situează în rândul țărilor cu cea mai accentuată rată de creștere a obezității la copii.

Tinerii supraponderali, tot mai preocupați de aspectul fizic

Obezitatea reprezintă o afecțiune cronică complexă în care acumularea de țesut adipos în exces afectează starea

de sănătate a organismului, crește riscul complicațiilor pe termen lung și scurtează durata vieții. Deși mulți români cunosc aceste informații, puțini se gândesc la ele când vine vorba de aportul caloric. **Dr. Alina Lupu**, medic endocrinolog și coordonator Centrului de Management al Obezității Arcadia, consideră că este important să cunoaștem faptul că obezitatea este o boală multifactorială.

În cadrul acesteia, pe lângă dezechilibrul dintre aport și consum energetic, intervin și alte aspecte legate de factorii genetici, alterarea microbiomului, factorii psihosociali, consumul de medicamente sau substanțele chimice pe care le găsim în produsele folosite în viața de zi cu zi, de la articolele de uz casnic la pesticidele utilizate în agricultură.

Când vorbim de obezitate, ne referim la indicele de masă corporală care este mai mare sau egal cu 30 kg/m². Există și modificări ale compoziției corporale (măsurată prin bioimpedanță sau absorptiometrie duală cu

raze X) în sensul excesului de țesut adipos însoțit sau nu de scăderea masei musculare.

Boala se împarte în 3 grade, în funcție de indicele de masă corporală. Este vorba de gradul I: IMC 30-34,9 kg/m², gradul II: IMC 35-39,9 kg/m² și gradul III cunoscut și sub denumirea de obezitate morbidă, extremă sau severă: peste 40 kg/m² și este stadializată în funcție de prezența complicațiilor și gravitatea acestora.

Medicul ieșean trage un semnal de alarmă deoarece un pacient diagnosticat cu obezitate prezintă un risc crescut de a dezvolta diferite afecțiuni precum: sindrom metabolic și diabet zaharat de tip 2, dislipidemie, boli cardiovasculare (hipertensiune arterială, boală coronariană, insuficiență cardiacă, accident vascular cerebral), sindrom de apnee în somn, afecțiuni osteoarticulare, boala de reflux gastroesofagian, steatohepatită, boala cronică de rinichi, sindromul ovarelor micropolichistice, probleme legate de fertilitate, anxietate, depre-



Dr. Alina Lupu

sie, diferite tipuri de cancer (colon, esofag, sân, endometru).

Motivul pacienților de a se prezenta la medicul specialist, spune dr. Alina Lupu, sunt diverse. Tinerii cu obezitate grad I sunt interesați de aspectul estetic, în timp ce la polul opus complicațiile sunt cele care determină persoana să caute marea de obezitate să vină la specialist.

Risc de toxicitate și supradozaj

Dr. Alina Lupu atrage atenția că atunci când vine vorba de pierderea în greutate este important să abordăm problema cu o mentalitate realistă și informată.

„Deși există numeroase suplimente promovate ca «pastile minune» pentru slăbit, multe dintre ele nu au susținerea științifică necesară și pot avea efecte secundare grave. Există însă și medicamente aprobate pentru pierderea în greutate care pot fi eficiente și sigure atunci când sunt utilizate corect. Prin urmare este esențial să consultăm un medic înainte de a începe orice tratament pentru pierdere în greutate care pot fi eficiente și sigure atunci când sunt utilizate corect. Prin urmare este esențial să consultăm un medic înainte de a începe orice tratament pentru pierdere în greutate, pentru a evalua potențialele riscuri și beneficii și pentru a dezvolta un plan personalizat care să răspundă nevoilor individuale. Utilizarea suplimentelor pentru slăbit poate implica diverse riscuri și complicații, deoarece, în

general, în cazul acestor tipuri de preparate, nu se efectuează studiile necesare de eficacitate și siguranță”, a punctat specialistul.

Medicul spune că aceste „pastile minune” pot conține ingrediente în concentrații variabile sau care nu sunt trecute pe etichetă cu risc de toxicitate, supradozaj, pot fi contaminate cu substanțe periculoase sau pot prezenta interacțiuni necunoscute cu alte medicamente utilizate de către pacient.

Tratamentul obezității – un demers pe termen lung

Dr. Alina Lupu consideră că implicarea pacientului în tratamentul obezității este esențială pentru succesul pe termen lung al oricărui program de pierdere în greutate și de menținere a acesteia. Pacientul participă activ în procesul de tratament, colaborând strâns cu echipa medicală pentru a implementa schimbări în stilul de viață și a adera la planurile de tratament.

„Centrul de Obezitate Arcadia oferă servicii medicale care cuprind o evaluare inițială detaliată care se referă la istoricul medical și ponderal al pacientului, un examen fizic, teste de laborator, teste genetice, explorări imagistice. Vorbim apoi de un plan personalizat de tratament care cuprinde consiliere nutrițională și pachete de monitorizare nutrițională, farmacoterapie cu medicație anti-obezitate. Toate tipurile de intervenții chirurgicale din sfera chirurgiei bariatrice și metabolice. Vorbim în acest context și de consiliere psihologică, terapie cognitiv-comportamentală, grupuri de suport, servicii de recuperare medicală și kinetoterapie, un program de exerciții fizice adaptat capacităților și preferințelor pacientului, cu accent pe activități care pot fi integrate ușor în rutina zilnică”, a punctat dr. Alina Lupu.

O echipă multidisciplinară în tratamentul obezității, explică medicul, înseamnă endocrinolog, diabetolog, chi-

rurgul bariatru, anestezist, cardiolog, pneumolog, gastroenterolog, nutriționist-dietetician, kinetoterapeut, psiholog. Cercul specialităților medicale implicate se extinde ulterior în funcție de bilanțul afecțiunilor prezentate de către fiecare pacient.

„Trebuie să ne asigurăm că scăderea în greutate, slăbirea, se produce în mod «sănătos», adică fără apariția unor dezechilibre sau complicații, și că mobilizăm toate metodele de care dispunem pentru menținerea beneficiilor obținute și a noului stil de viață. De asemenea, trebuie tratate toate comorbiditățile existente și asigurată o monitorizare pe termen lung.”

Dr. Alina Lupu consideră că lupta împotriva obezității înseamnă un efort multidimensional și integrat care vizează prevenirea, gestionarea și reducerea prevalenței obezității prin intervenții la nivel individual, comunitar și politic. ●

Ozempic: medicamentul minune pentru slăbit care chiar funcționează. Un cercetător ieșean explică mecanismele din spate

Cătălin HOPULELE

Ozempic, medicamentul minune aprobat în SUA recent pentru a combate obezitatea, și care chiar dă rezultate, nu a apărut din neant. În ciuda miilor de suplimente alimentare care invadează piața, recomandate a fi pentru slăbit, pentru metabolism sau alte similitudine, care nu au în spate nici cercetare serioasă, descoperirea Ozempic vine după zeci de ani de cercetare de laborator. „Ziarul de Sănătate” a discutat cu prof.dr. Radu Iliescu, profesor al UMF Iași, specializat în farmacologie, care a explicat că încă din anii 2000, de când obezitatea a devenit „noua pandemie”, se caută celebra pastila de slăbit. Au fost investite miliarde de dolari în acest domeniu, s-au urmărit toate pistele care erau bine ancorate în fiziologie și care ar fi trebuit să dea rezultatele corespunzătoare, dar fără succes, până la momentul Ozempic. Vom încerca să explicăm în continuare cum funcționează știința din spatele acestor medicamente, fiindcă în următorii ani vor fi pe piață aproximativ 15 variante cu efecte similare, iar cercetătorul afirmă că ne aflăm în fața unei adevărate revoluții în medicină, cu potențial încă de nebănuit.

Singura pastilă pentru slăbit

Ozempic-ul a ajuns pe buzele a sute de mii de români după ce DIICOT a deconstruit luna trecută o rețea care reușea să facă rost din farmacii de patru tipuri de medicamente, între care și Ozempic, folosite în special pentru slăbit. Dar rețelele de socializare sunt pline de grupuri în care oamenii vor să cumpere, încearcă să facă rost, legal sau ocolind legea, de Ozempic. Pentru că preparatul injectabil a singurul dovedit științific că scade greutatea corporală, com-

bate diabetul și are indicație fermă pentru utilizare la pacienții cu indicele de masă corporală peste 30 sau peste 27, atunci când e asociată și o comorbiditate, precum hipertensiunea arterială, diabet și altele conexe.

„Este important de știut că pastilele pentru slăbit au fost «Sfântul Graal» pentru cercetarea medicală și farmaceutică de când a început pandemia de obezitate și toate medicamentele care au fost investigate în scopul acesta, până la cele actuale, au dat greș la proba terapeutică, în studiile clinice, deși erau piste foarte bune. Este o istorie lungă a încercărilor de combatere a obezității din acest punct de vedere, fiindcă aceasta stă la baza mortalității și din cauze cardiovasculare, inclusiv cancer sau diabet. Cumva, direct sau indirect, este responsabilă sau apare în mare parte a morților din lume”, a explicat prof.dr. Radu Iliescu.

Una dintre cele mai cunoscute „pastile de slăbit” care funcționau chiar ca un medicament a fost pe piață acum 10-15 ani. Este vorba de Orlistat, cu denumirea comercială Alli, care funcționa pe următorul principiu: se crea un inhibitor de enzime astfel încât grăsimile să nu se depună pe intestine și de acolo să nu se absoarbă în organism. Întâi s-a dat cu prescripție medicală, apoi a putut fi luat direct din farmacie.

Însă efectele secundare erau înfricoșătoare: grăsimile care nu se depuneau erau eliminate aproape instant din corp, sub formă de diaree, iar mulți pacienți s-au plâns de faptul că aceste efecte secundare erau intolerabile. Au fost și studii la momentul respectiv care au arătat că pastilele aveau un efect vizibil pentru slăbit, dar și pacienții care le foloseau ajungeau pur și simplu să mănânce foarte puțin, de frica acelor efecte secundare.



Sentiment de sațietate la nivelul creierului

Ozempicul, explică prof.dr. Radu Iliescu, funcționează cu hormoni din familia incretininelor, eliberați de intestin. Cercetătorul explică faptul că acestea sunt un mecanism fiziologic, endogen, cu care ne-am născut și pe care îl avem încă de la primele stadii ale evoluției umane. Acționează atât asupra sistemului digestiv, dar și asupra creierului, dând senzația de sațietate. Prof.dr. Radu Iliescu explică că este important de înțeles faptul că acest sentiment de sațietate nu vine în general, în ansamblu, și te

împiedică să mănânci, ci este o sațietate asociată cu momentul mesei, pur și simplu mănânci mai puțin la fiecare masă și te saturi mai repede. Acești hormoni, incretinele, au fost descoperiți în ultimii zeci de ani în cercetarea fundamentală, dar efectul lor nu fusese asociat sau, mai bine spus, nu a fost pus în aplicare în zona practică.

Sunt două incretine folosite în aceste tipuri de tratament: analogi ai peptidei 1 asemănătoare glucagonului (GLP-1) și polipeptida insulinootropă dependentă de glucoză (GIP). În descoperirea utilizării lor a venit în

pași mici, spune prof.dr. Radu Iliescu.

„La început, fiziologii au descoperit un aspect interesant, dar care părea că va fi folosit doar la congresele de specialitate. Și-au dat seama, pe animale, că dacă tu dai o cantitate echivalentă de glucoză pe cale orală, în grame, față de aceeași pe care o injectezi intravenos, cantitatea de insulină secretată la aceeași subiect este semnificativ mai mare atunci la administrare orală”, a punctat prof.dr. Radu Iliescu. Prin urmare, și prima formă de administrare a Ozempicului a fost intravenoasă.

Cum se scade în greutate?

Descoperirile în valuri în domeniu, spune cercetătorul, sunt similare cu cele pentru hipertensiune arterială, doar că ce s-a făcut în domeniul obezității în 10 ani s-a făcut în 60 pentru hipertensiune.

„În primele studii când s-a văzut că scade glicemia, ceea ce este esențial, au observat că scade și greutatea. De ce scad oamenii în greutate? Rolul lor este să controleze apetitul în jurul mesei, frecvența și cantitatea ingerată la o masă. Sunt două bucle de reglare, dacă le putem numi așa,

una mare, în care organismul reglează ce intră și ce iese pe termen lung, dacă iese mai puțin decât intră se acumulează; iar aici sunt mai mulți factori implicați. Apoi e controlul pe scurt, cum ar veni, când te oprești din mâncat și cât mănânci: asta spun incretinele creierului”, a mai punctat specialistul.

Iar obezitatea funcționează, ca principiu, ca patologie, la fel ca diabetul: la un moment dat, când se instalează obezitatea, mecanismele fiziologice nu mai funcționează la nivel normal. Toate mecanismele care controlează hipertensiunea, balanța energetică, fac ca noul normal al corpului să fie, să spunem, 180 de kilograme.

„Ai o groază de mecanisme care controlează această balanță și care spune că acesta este noul setpoint, noul normal, mă simt bine acolo, și în loc să fie hiperactive mecanismele de lucru pentru scăderea în greutate, organismul nu mai crează că se simte bine acolo”, a explicat prof.dr. Radu Iliescu.

Iar acest tratament declanșează reacții adverse. Fiindcă la nivelul creierului este rămasă impresia de sațietate, dar dacă continui să mănânci, încep să fie pornite mecanismele care controlează această balanță energetică: apare greața, se încetinește procesul de evacuare gastrică până se umple stomacul și apare ulterior vomă, chiar și diaree. Studiile clinice făcute pe Ozempic și alte echivalente arată exact asta: un procent mare, de peste 10% de efecte secundare pe această linie.

Unde poate ajunge cercetarea

„Cercetarea este încă la început, dar ce știm sigur este că, pe lângă scăderea în greutate, efectul acestora substanțe are și un efect direct asupra normalizării metabolismului, nu doar

indirect, prin scăderea în greutate, a glicemiei, a grăsimilor nesănătoase absorbite de organism etc. Acum, încep să apară argumente și studii care arată că sunt bune și în bolile neurodegenerative. Au efecte spectaculoase asupra scăderii evenimentelor cardiovasculare la pacienții cu diabet, cu diabet și obezitate și, mai nou, la pacienții cu obezitate, fără diabet. Sunt foarte multe studii publicate în reviste de calitate pe acest subiect. Tot spectaculoase sunt și scăderile în greutate, între 3 și 20 de kilograme”, a explicat prof.dr. Radu Iliescu.

Dezvoltarea acestor medicamente va schimba și felul în care este percepută chirurgia bariatrică, care este posibil să fie folosită strict pentru pacienții care nu răspund la tratamentul medicamentos. În orice caz, spune prof.dr. Radu Iliescu, nu suntem încă în momentul în care oamenii pot să meargă, să-și ia din farmacie o pastilă ca să dea jos câteva kilograme și apoi să o ia de la capăt.

În toate studiile făcute pe Ozempic pacienții au avut și o schimbare a stilului de viață, chiar și un regim de exerciții fizice asociat. În momentul de față nu este clar dacă luarea medicamentului fără asocierea cu un stil de viață modificat nu va aduce un efect mai mic sau chiar neglijabil.

„Toate studiile care s-au uitat la obezitate în absența diabetului sau în combinație cu o comorbiditate cardiovasculară sau alte similitudine au fost făcute împreună cu modificarea de stil de viață. Asta a fost și mandatul pentru studii clinice eficiente, care au folosit standarde comune. Ar trebui să ne uităm la cei care spun că iau Ozempic de pe piață și care fac rost din surse diferite, care nu sunt în grupe de risc, dacă au fost sau nu eficiente asupra lor – aici va fi următoarea direcție de cercetare”, a conchis acesta.

Cum și când se tratează chirurgical obezitatea: o procedură implică eliminarea a două treimi din stomac

Ina DUMITRESCU

Considerată cea mai frecventă și complexă boală metabolică, obezitatea este o problemă de sănătate în întreaga lume. Statisticile arată că la nivel mondial unul din șase adulți este obez, iar unul din trei adolescenți suferă de o formă de obezitate. Boala se asociază cu afecțiuni cronice severe precum diabetul zaharat de tip 2, apneea de somn, bolile de inimă sau de plămâni, diferite tipuri de cancer. Netratată, poate cauza complicații extrem de grave, reprezentând un factor de risc major pentru sănătate.

Când apelăm la proceduri chirurgicale?

Deși există soluții pentru adaptarea stilului de viață, a tipului de alimentație, pentru a obține rezultate eficiente împotriva obezității, există la ora actuală și unele soluții mai „invasive”, una dintre acestea fiind chirurgia bariatrică. Dr. Sebastian Ralea, medic specialist chirurgie generală și pediatrică, cu competențe în chirurgia bariatrică și metabolică în cadrul Spitalului Arcadia, explică faptul că nu orice persoană cu surplus de greutate este un bun candidat pentru această procedură.

„Chirurgia obezității este una dintre alternativele terapeutice ale acestei boli, recunoscută ca cel mai eficient tratament, care necesită o abordare multidisciplinară. Indicația chirurgicală urmează în cazul unor încercări prealabile nereușite de scădere eficientă în greutate prin regimuri, diete, sau tratamente medicale. Când vorbim de chirurgie bariatrică, vorbim de orice persoană, incluzând și copiii, care nu realizează în mod substanțial și durabil pierderea în greutate sau îmbunătățirea patologiilor co-existente prin metode non-chirurgicale,



având un indice de masă corporală (IMC) > 35 kg/m², indiferent de prezența sau absența comorbidităților. Aici se încadrează și persoanele cu boală metabolică (diabet zaharat de tip 2) și IMC peste 30 kg/m²”, a explicat dr. Sebastian Ralea.

Acesta a punctat faptul că sunt incluși și pacienții care suferă de boli metabolice în lotul celor care pot beneficia de o astfel de procedură pentru că obezitatea are riscuri majore de mortalitate. Conform acestuia, există risc de stop cardiac, accidente vasculare cerebrale și sunt 13 forme de cancer de până la 15 ori mai des întâlnite la persoanele obeze față de cele cu greutate normală.

Scopul operației: scăderea numărului de calorii care intră în stomac

Există mai multe tipuri de intervenții care definesc chirurgia bariatrică, dar scopul este unul singur: modificarea

circuitului alimentar la nivelul tubului digestiv cu scopul diminuării cantității de calorii care intră în stomac sau al absorbției lor în intestin. Dr. Sebastian Ralea punctează faptul că intervențiile chirurgicale combinate în proporții variate cele două mecanisme de control ale aportului caloric: restricția și diminuarea absorbției. În afară caracterului restrictiv, există și transformări hormonale specifice care le susțin eficiența acestor tratamente, existând și o influență pozitivă, rapidă asupra diabetului.

Cea mai practică operație din lume este bypassul gastric, pe care chirurgul o denumește „standardul de aur” prin efectele pe care le aduce asupra greutății. Un pacient care trece prin operația asta pierde 63% din excesul de greutate la cinci ani de la operație.

„Prin bypass-ul gastric se izolează complet o mică porțiune a stomacului, la care se conectează o parte din intestin, după secționare și realizarea unui «montaj în Y». Fiind vorba despre excluderea a aproximativ 2 metri din lungimea intestinului tranzitat de alimentele supuse acțiunii enzimelor digestive, absorbția este limitată. Mini-bypass-ul gastric este o simplificare tehnică a procedurii explicate anterior, acționând atât de manieră restrictivă, cât și prin diminuarea absorbției alimentare. Are rezultate foarte bune în ceea ce privește scăderea în greutate și rezultate excelente în remisiunea diabetului, la aproximativ 90% din cazuri la 5 ani”, a punctat dr. Sebastian Ralea.

Stomacul micșorat în etape succesive

O altă procedură utilizată în chirurgia bariatrică este „gastrectomia longitudinală” sau „Gastric Sleeve”. Aceasta presupune îndepărtarea a 2/3 din stomac, iar după operație, organul va avea un volum de aproximativ 100 - 150 de ml și o formă de tub sau de mănecă. „Un factor important care influențează succesul acestei tehnici este faptul că scade secreția de grelină (hormonul foamei). Pacienții pot consuma în continuare orice tip de aliment, dar în cantități foarte mici”, a explicat medicul.

Metoda SADI-S (Single anastomosis duodeno-ileal bypass with sleeve gastrectomy) se adresează, în general, pacienților cu un IMC în jur de 50 kg/m². Poate fi realizat gradual, în două etape succesive, iar primul pas este chiar procedura descrisă anterior - un Gastric Sleeve. Oferă rezultate excelente atât pentru pierderea excesului ponderal, cât și privind remisiunea diabetului de tip 2, în peste 90% din cazuri”, a mai explicat dr. Sebastian Ralea.

Una dintre cele mai eficiente proceduri în tratamentul obezității morbide, dar care are adresabilitate redusă, este diversia bilio-pancreatică.

„Din cauza malabsorbției induse, operația este recomandată în special pacienților cu un IMC de peste 50 - 60 kg/m² și presupune realizarea unei rezecții transversale, parțiale, a stomacului distal și excluderea unei părți importante a intestinului din circuitul alimentar. O altă opțiune este IFD (Ileal Food Diversion), care este adresată, în general, pacienților la care au eșuat alte tipuri de operații (montare de inel gastric ajustabil, intervenție anti-reflux gastro-esofagian, etc.) care au alterat peretele stomacului în porțiunea sa superioară, porțiune care nu mai poate fi utilizată în condiții de securitate pentru conversia la o altă tehnică de tratament al obezității”, a punctat specialistul.

Operațiile nu fac minuni: există riscul îngrășării la loc

Conform recomandărilor internaționale și ale Societății Române de Chirurgie Bariatrică și Metabolică, pacienții candidați pentru acest tip de intervenții sunt evaluați de către o echipă multidisciplinară cu expertiză chirurgicală, endocrinologică, pneumologică, cardiologică, psihologică și nutrițională, și se face o analiză pertinentă asupra raportului risc-beneficiu.

După intervenția de chirurgie bariatrică pacientul începe un program de reabilitare specific, care presupune creșterea progresivă a consistenței alimentelor în

primele 4-6 săptămâni. Dr. Sebastian Ralea atenționează însă că există riscul ca pacientul operat să ia iarăși în greutate. Riscul este corelat direct cu menținerea unui dezechilibru al balanței energetice, prin consum alimentar compulsiv, hipercaloric și al unui regim de viață sedentar.

În unele cazuri se poate reintervenii chirurgical. „Se reintervine chirurgical fie prin re-micșorarea stomacului, dacă se dovedește necesar, fie prin conversia către o operație care asociază un grad mai mare de diminuare a absorbției calorice, atunci când se constată absența răspunsului sau rezultatului așteptat după prima intervenție”, a subliniat medicul.

Există și o terapie minim invazivă

La ora actuală există și un tratament minim invaziv pentru tratarea obezității. Este vorba de balonul gastric Allurion, care se folosește în cazul persoanelor cu un indice de masă corporală de peste 27 kilograme / m² și care vor să slăbească.

„Este utilizat și în pregătirea pentru operație a unui pacient cu indice de masă corporală foarte mare și care nu reușește prin alte mijloace să piardă puțin din greutate înainte de intervenție, așa cum sunt recomandările. Procedura poate fi făcută în ambulatoriu, fără anestezie generală și durează aproximativ 10 minute”, a detaliat specialistul.

SPITALUL PROVIDENTA
medicină de bună credință

FĂ-ȚI TIMP PENTRU VIAȚĂ!

Pachet
valabil în
luna Iunie

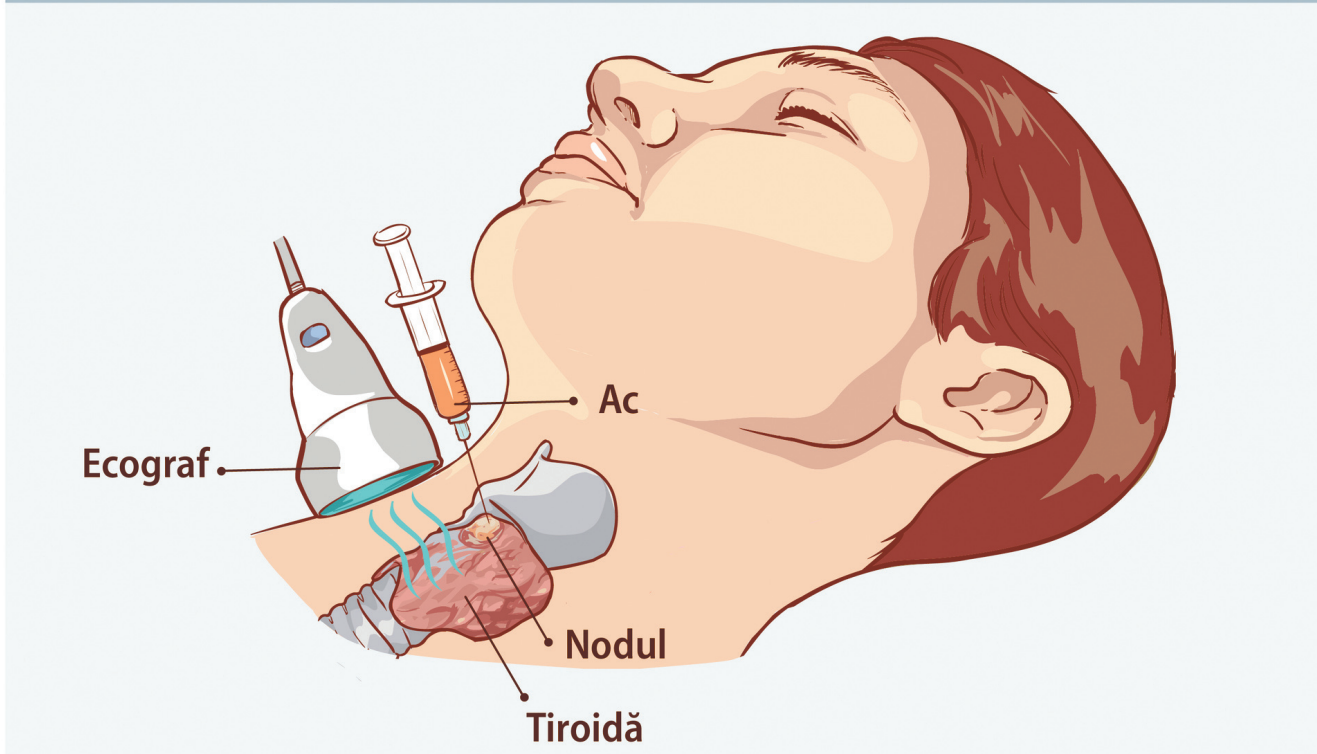
NEUROLOGIE

- Consultație
- CT Cranio-Cerebral Nativ
- Analize de laborator specifice

Dr. Laura Brudiu
Medic primar Neurologie

Șoseaua Nicolina nr. 115, CUG, Iași
0232 241 271 / 0730 230 050
0745 375 427 (mesaj) WhatsApp
programari.spital@providentamedical.ro
Luni - Vineri 07:00 - 20:00

Puncția tiroidiană cu ac fin



Diagnosticul nodulilor tiroidieni: puncția tiroidiană

Dr. Alina Lupu, medic primar Endocrinologie, Arcadia: Odată cu înaintarea în vârstă, incidența nodulilor tiroidieni crește, mai ales la sexul feminin. Statistic, la 50-60% dintre persoanele care efectuează o ecografie tiroidiană se descoperă cel puțin un nodul tiroidian, dar marea majoritate a acestora (aproximativ 95%) sunt benigne.



Puncția tiroidiană cu ac fin, ghidată ecografic, este o procedură minim invazivă, relativ simplă și rapidă, efectuată în scopul stabilirii naturii nodulilor tiroidieni (benign/malign) și stabilirii ulterioare a tratamentului adecvat.

Indicația pentru efectuarea puncției tiroidiene o stabilește medicul endocrinolog, după evaluarea tiroidiană completă (examenul clinic, dozările hormonale și ale markerilor tumorali, ecografia tiroidiană modul B, Doppler, elastografică). Astfel, se vor puncționa în scop diagnostic:

- nodulii ≥ 10 mm, cu risc înalt de malignitate (EU-TIRADS 5);
- nodulii > 15 mm, cu risc intermediar (EU-TIRADS 4);

- nodulii > 20 mm, cu risc redus (EU-TIRADS 3);
- nodulii fără risc de malignitate (EU-TIRADS 2), chisticii sau spongiformi, se vor puncționa doar cu viză evacuatorie, dacă este cazul, pentru realizarea decompresiei.

Poate fi indicată repetarea puncției unui nodul tiroidian:

- pentru urmărirea unui nodul benign;
- în cazul creșterii nodulului;
- în cazul refacerii chistului;
- în cazul unei puncții-aspirații cu ac fin cu rezultat inițial neconcludent sau non-diagnostic.

Puncția se poate efectua în cabinetul medical, în regim ambulatoriu. Procedura începe prin aseptizarea tegumentului din zona anterioară a gâtului și, în cele mai multe cazuri, nu necesită anestezie locală deoarece acul este foarte subțire (20-23 G - același ac este folosit la injecțiile intramusculare sau la recoltarea de sânge), procedura fiind chiar mai puțin dureroasă decât injecția obișnuită. Acul este introdus în țesutul tiroidian, sub ghidaj ecografic, până la nivelul nodulului, aspirându-se o cantitate mică de lichid care conține celule tiroidiene. Ulterior, aceste celule urmează a fi etalate pe o lamă și analizate la microscop de către medicul anatomopatolog. Întreaga procedură durează în jur de

20 - 30 de minute, prelevarea propriu-zisă realizându-se în 2-4 minute.

Complicațiile sunt foarte rare și constau în mici hemoragii la nivelul puncționării tegumentului și, foarte rar, în infecții sau hematoame intra-tiroidiene. În general, pacientul își poate relua activitatea cotidiană în aceeași zi sau în ziua următoare.

Rezultatul examenului citologic se exprimă în sistem standardizat Bethesda și poate fi:

- benign - se recomandă, de regulă, supravegherea ecografică;
- malign - se va efectua cura chirurgicală și tratamentul postoperator oncologic;
- suspect de malignitate - se recomandă repetarea puncției, dar, în marea majoritate a cazurilor, se va efectua cura chirurgicală;
- non-diagnostic - este necesară repetarea puncției.

În concluzie, puncția tiroidiană cu ac fin este o metodă sigură și de încredere (sensibilitate și specificitate de 80 - 90%), care face parte integrantă din standardul medical actual de evaluare a nodulilor tiroidieni. Pentru programare, aveți la dispoziție numărul 0232 920, Call Center Arcadia. www.arcadiamedical.ro

Gravidele nu se pot vaccina împotriva rujeolei, dar pot face un tratament profilactic

Sorina Niță: „Nora mea este însărcinată în 4 luni, este la prima sarcină, și am emoții pentru că a lucrat la un proiect, săptămâna trecută, cu o colegă de serviciu care, ulterior a aflat, că are rujeolă. Deocamdată nu are niciun fel de semne că ar fi luat virusul dar cu toții suntem extrem de îngrijorați, mai ales că ea nu este vaccinată. În ce măsură îmbolnăvirea cu rujeolă poate afecta mama și bebelușul?”

Prof. Emerit Univ.

Dr. Mircea Onofriescu, Șef Clinică Obstetrică I, Maternitatea „Cuza Vodă”, Iași:



ridicate - n.r.), care se albesc la presiune, ulterior devin confluențe. Eruptia debutează în spatele urechii și în regiunea cervicală superioară posterioară, apoi pe frunte și obraji. Se extinde centrifug, către restul zonei corpului, astfel că în a 3-a zi este prezentă pe față, gât, trunchi, extremități superioare și inferioare. Eruptia începe să pălească după 4-6 zile de evoluție (în aceeași ordine în care a apărut) și se transformă într-o pigmentație brună. La dispariția erupției, rămâne o fină descuamație (absentă pe palme și tălpi). În această perioadă examenul fizic decelează modificări faringiene, inflamarea ganglionilor limfatici din zona cervicală și febră, toate acestea persistând până în a 3-4-a zi de erupție. Rujeola tipică are o durată de evoluție de 7-10 zile. Febra care persistă după a 4-a zi de erupție trebuie să ridice suspiciunea unei complicații.

Complicațiile pot fi consecința infecției virale sau secundare a unei infecții bacteriene: otită medie, mastoidită, complicații respiratorii: laringită, laringo-traheită, bronșiolită, bronhopneumonie, pneumonie lobară. Există și posibilitatea afectării neurologice, care poate surveni fie în cursul bolii acute, fie la luni sau ani de zile după episodul de rujeolă.

Infecția este contagioasă 5 zile înainte și 5 zile după apariția erupției. Diagnosticul este cel mai adesea serologic și se realizează prin teste de genul ELISA sau cel de inhibare a hemaglutinării. Anticorpii apar

la 1-3 zile de la apariția erupției și ating nivelul maxim 3-4 săptămâni mai târziu, deci, serurile recoltate la interval de 7-14 zile permit decelearea unei creșteri de 4 ori a titrului anticorpilor. Izolarea virusului din secrețiile nazofaringiene nu este o tehnică de rutină.

Repausul la pat trebuie să dureze încă cel puțin 8-10 zile după apariția erupției, din cauză că persoana respectivă se simte complet lipsită de energie. Tratamentul este, în principal, simptomatic, în cazul suprainfecțiilor bacteriene se recomandă antibiotice.

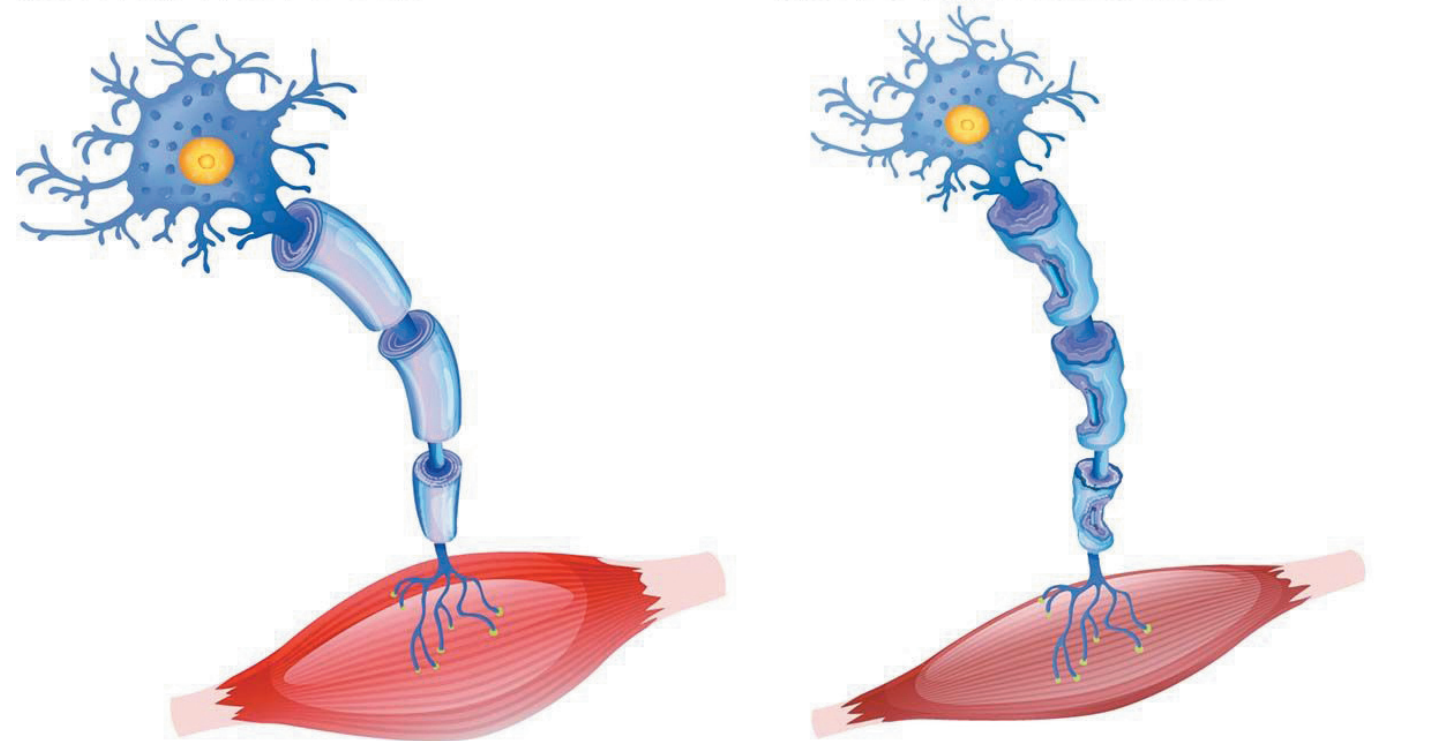
Vaccinarea nu este indicată pe parcursul sarcinii. În schimb, se pot vaccina după nașterea copilului, fără să existe contraindicații legate de alăptare. Nu există dovezi că virusul rujeolic ar produce malformații sau anomalii fătului. Însă, la gravidele diagnosticate cu rujeolă s-au raportat rate mai crescute de avort, nașteri premature, feți cu greutate mică la naștere. Dacă rujeola apare la o gravidă cu puțin timp înainte nașterii există un risc crescut pentru dezvoltarea unei grave infecții neonatale, în special la nou-născuții prematuri.

De aceea, vă recomand ca fiica dumneavoastră să țină legătura cu medicul său ginecolog și să-l informeze că a fost contact cu o persoană cu rujeolă, pentru a putea să se recomande toate investigațiile necesare astfel încât mama și fătul să nu aibă de suferit. ●

Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS)

normal nerve cell

nerve with sclerosis



muscle contracts

muscle unable to contract

Potențial tratament pentru scleroza laterală amiotrofică?

Scleroza laterală amiotrofică (SLA), cunoscută și drept boala Charcot, după numele neurologului francez Jean-Martin Charcot (1825-1893), primul medic care a diagnosticat scleroza multiplă la un pacient, sau boala Lou Gehrig, după numele unui celebru jucător american de baseball care a suferit de această afecțiune, este o boală degenerativă a neuronilor motori care implică moartea treptată a acestor celule care controlează mușchii și mișcările. Până la ora actuală, nu este clar cum se declanșează SLA. Nu există niciun tratament eficient, iar această afecțiune care evoluează rapid este terminală. De aceea o descoperire revoluționară, făcută de o echipă de cercetători canadieni, aduce noi speranțe pentru un potențial tratament. Descoperirea, făcută de o echipă de cercetători de la Universitatea Western, condusă de dr. Michael Strongcare, ilustrează modul în care interacțiunile proteice pot păstra sau preveni moartea celulelor nervoase, o caracteristică în scleroza laterală amiotrofică.

„În calitate de medic, a fost atât de important pentru mine să pot sta de vorbă cu un pacient sau cu familia acestuia și să le spun: «Încercăm să oprim această boală», a declarat dr. Michael Strong, cercetător clinic care și-a dedicat cariera gășirii unui tratament pentru SLA.

„Au fost 30 de ani de muncă pentru a ajunge aici; 30 de ani în care am avut grija de familii și pacienți și de cei dragi lor, când tot ce aveam era speranță. Acest lucru ne dă motive să credem că

am descoperit o cale spre tratament”, a precizat medicul canadian.

SLA este o afecțiune neurodegenerativă debilitantă care afectează progresiv celulele nervoase responsabile de controlul mușchilor, ceea ce duce la pierderea funcției acestora, paralizie și, în cele din urmă, la moarte.

Afecțiunea vizează celulele nervoase, în special neuronii motori, din creier și măduva spinării. Odată ce aceste celule mor, creierul este incapabil să transmită mesaje către mușchi, ceea ce duce la dificultăți în controlul mișcărilor musculare, iar în stadiile ulterioare ale bolii, duce la deteriorarea mușchilor și paralizie.

SLA poate afecta toți mușchii, inclusiv pe cei care ajută la respirație și la înghițire. Persoanele cu această afecțiune mor adesea, din cauza insuficienței respiratorii, în decurs de unul până la cinci ani de la debutul simptomelor.

Într-un studiu publicat în jurnalul Brain, laboratorul canadian a descoperit că, vizând o interacțiune între două proteine prezente în celulele nervoase afectate de SLA, poate opri sau inversa evoluția bolii. Echipa a identificat, de asemenea, un mecanism care face posibil acest lucru.

„Este important faptul că această interacțiune ar putea fi cheia pentru a debloca un tratament nu doar pentru SLA, ci și pentru alte afecțiuni neurologice conexe, cum ar fi demența frontotemporală”, a declarat Strong, care deține catedra Arthur J. Hudson în domeniul cer-

cetării SLA la Facultatea de Medicină și Stomatologie Western's Schulich.

La aproape toți pacienții cu SLA, o proteină numită TDP-43 este responsabilă pentru formarea de aglomerări anormale în interiorul celulelor, ceea ce provoacă moartea celulară.

În ultimii ani, echipa canadiană a descoperit o a doua proteină, numită RGNEF, cu funcții opuse lui TDP-43.

Cea mai recentă descoperire a echipei identifică un fragment specific al celei de-a doua proteine RGNEF, numit NF242, care poate atenua efectele toxice ale proteinei care cauzează SLA.

Cercetătorii au descoperit că, atunci când cele două proteine interacționează una cu cealaltă, toxicitatea proteinei care cauzează SLA este eliminată, reducând în mod semnificativ deteriorarea celulei nervoase și împiedicând moartea acesteia.

La muștele de fructe, abordarea a prelungit în mod semnificativ durata de viață, a îmbunătățit funcțiile motorii și a protejat celulele nervoase de degenerare.

În mod similar, la modelele de soareci, abordarea a dus la creșterea duratei de viață și a mobilității, împreună cu o reducere a markerilor de neuroinflamare.

Acum, echipa și-au stabilit obiectivul de a aduce potențialul tratament la studii clinice pe oameni în următorii cinci ani, o misiune alimentată de o finanțare de 10 milioane de dolari din partea Fundației Tementy, pentru a impulsiona următorii pași și a aduce acest tratament pacienților cu SLA. ●

Imunoterapie țintită pentru tratamentul cancerului pulmonar cu celule mici

Autoritatea de reglementare americană în domeniul sănătății a autorizat o imunoterapie țintită pentru tratamentul pacienților adulți cu cancer pulmonar cu celule mici greu de tratat sau care s-a agravat în ciuda chimioterapiei.

Imunoterapia, care va fi pusă pe piață în Statele Unite sub denumirea comercială Imdelltra conține substanța activă tarlatamab, și face parte din gama de anticorpi bispecifici ai companiei farmaceutice americane Amgen, concepuți să se prindă de o celulă canceroasă și de una imunitară, aducându-le împreună astfel încât sistemul imunitar al organismului să poată distruge cancerul.

Medicamentul a primit aprobarea Administrației americane pentru alimente și medicamente (FDA) prin procedura de aprobare accelerată, pe baza ratei de răspuns și a duratei de răspuns (DoR) încurajatoare observate în studiile clinice.

Imunoterapia țintită, autorizată recent, este recomandată în tratamentul adulților aflați în stadii avansate de cancer pulmonar cu celule mici în stadiu extins (ES-SCLC), greu de tratat, cu progresie a bolii după chimioterapia pe

bază de platină, a precizat la rândul său grupul american.

Cancerul pulmonar cu celule mici (SCLC) este una dintre cele mai agresive și devastatoare tumori maligne solide, cu o supraviețuire medie de aproximativ 12 luni după terapia inițială și o rată de supraviețuire relativă la cinci ani de 3% în cazul ES-SCLC.

Rezultatele unui studiu în stadiu intermediar, publicate anul trecut în revista New England Journal of Medicine - NEJM, au arătat că tumorile s-au micșorat la 40% dintre pacienții care au primit 10 mg de tarlatamab prin perfuzie intravenoasă la fiecare două săptămâni.

Pacienții din cadrul studiului au trăit o perioadă medie de 14,3 luni, comparativ cu o rată de supraviețuire obișnuită de aproximativ cinci luni.

Cele mai multe cazuri de cancer pulmonar sunt de tipul celor fără celule mici, în timp ce până la 15%, potrivit Societății Americane de Cancer, sunt din varietatea mai agresivă, respectiv tumorile solide cu celule mici vizate de acest medicament.

Boala, care este diagnosticată anual la aproximativ 35.000 de pacienți din Sta-

tele Unite, este „**unul dintre cele mai rapid proliferante și mai agresive tipuri de cancer care există**”, a declarat Jay Bradner, directorul științific al Amgen, într-un interviu acordat înainte de luarea deciziei FDA.

În studiile clinice, cel mai frecvent efect secundar al tratamentului a fost sindromul de eliberare a citokinelor, o afecțiune potențial periculoasă care apare atunci când sistemul imunitar al organismului răspunde prea agresiv la infecții sau la medicamente de imunoterapie.

Producătorul farma a declarat că va trebui să finalizeze studiul său clinic extins, în cazul cancerului pulmonar avansat cu celule mici, pentru a primi aprobarea completă a medicamentului din partea FDA.

Producătorul american a precizat că prețul din Statele Unite pentru acest medicament va fi de 31.500 de dolari pentru primul ciclu și de 30.000 de dolari pentru perfuzii suplimentare. Pentru un an de tratament, prețul ar ajunge la 781.500 de dolari, potrivit Reuters.

Compania testează, de asemenea, tarlatamab pentru tratarea pacienților cu cancer pulmonar cu celule mici în stadiu incipient. ●



Cremele de protecție solară se aleg în funcție de tipul de piele

Cremele de protecție solară se aleg în funcție de tipul de piele

Crina Petre, 23 ani, Iași. „Am tot citit despre impactul nociv al razelor ultraviolete asupra pielii. Recunosc, până acum, rareori am folosit cremă de protecție solară. Înteleg că ea ne protejează împotriva razelor ultraviolete, dar nicidecum nu am înțeles cum se alege factorul de protecție și care este, efectiv, impactul soarelui asupra pielii, dacă nu folosești o astfel de cremă. De aceea, vă rog să-mi explicați de ce avem nevoie de cremă pentru protecție solară, ce număr trebuie să cumpăr și ce s-ar putea întâmpla, dacă stau la soare fără cremă”.

Dr. Corneliu Dobrescu, medic primar dermatolog. „Dacă am cunoaște mai bine impactul soarelui asupra pielii, am înțelege necesitatea utilizării protecției solare.



Soarele trimite spre Pământ toate tipurile de radiații, printre care: lumina vizibilă, radiația infraroșie (căldura) și radiațiile ultraviolete (care stimulează celulele melanice din piele să producă pigmentul de protecție împotriva UV (melanina). Atmosfera este cea care ne protejează (absoarbe) cea mai mare parte din aceste radiații. Drumul parcurs prin atmosfera de razele soarelui este mai scurt la prânz (când acesta cad vertical) decât la răsărit sau apus, când razele cad oblic.

Dacă ne-am expune la soare doar în primele 2 ore după răsărit sau ultimele 2 ore înainte de apus nu am avea aproape niciun risc de arsură solară (de fapt arsură UV). Capacitatea cremelor de protecție solară (SPF = Sun Protection Factor) de a ne proteja de radiațiile UV se măsoară în unități SPF. O cremă cu SPF 15 ne protejează, teoretic, de arsurile solare, prevenind apariția eritemului (eritem = înroșirea pielii) timp de 8 minute de expunere, când razele soarelui cad perpendicular - umbra este cea mai mică.

Există mai multe tipuri de piele, în funcție de capacitatea de a răspunde la razele UV (a se apăra de UV). Persoanele cu pielea albă și părul roșu care, practic, nu se

bronzază nicidecum și se ard întotdeauna, sunt cel mai puțin adaptabile la expunerea la soare. Persoanele cu pielea închisă la culoare și părul negru sau șaten închis, care aproape că nu se ard nicidecum, se bronzază imediat și păstrează pigmentul de la un an la altul, sunt cele mai adaptabile.

Între aceste două fototipuri se găsesc toate celelalte variante. Cu cât persoana care dorește să nu se ardă la soare are un risc mai mare (are pielea mai deschisă la culoare și se arde mai ușor), va trebui să folosească mai devreme, imediat după a doua oră de la răsărit crema SPF. O cremă cu SPF 10, aplicată în cantitatea corectă (din abundență), ar trebui să ne protejeze 80 de minute, cea cu SPF 20, 160 de minute și așa mai departe o cremă pe care scrie SPF 50+ ar trebui să ne protejeze peste șase ore.

Crema de protecție solară (cu SPF) trebuie aplicată din abundență și reaplicată la fiecare 2 ore. Cu cât pielea este mai sensibilă la UV (piele albă) și ora la care va expuneți este mai apropiată de mijlocul zilei, cu atât trebuie să avem mai multă grijă. Nu trebuie neglijată expunerea treptată la soare. Nu trebuie „luat tot soarele din prima zi”.

Radiațiile ultraviolete (UV) sunt de mai multe feluri.

UVB pătrund în cea mai mare cantitate (95% din UV) prin atmosferă (sunt cel mai puțin absorbite) și au penetrabilitatea cea mai mare prin piele. Participă la apariția cancerului de piele și leziunilor care, în anumite condiții, se pot transforma în cancer de piele (keratozele actinice), produc fotombrăzirea (ridurile). Acestea au aceeași intensitate indiferent de ora zilei, nu sunt blocate semnificativ de stratul de nori și nici de sticlă.

UVB reprezintă 5% din radiațiile UV care ajung la suprafața pământului (marea lor majoritate sunt absorbite de atmosferă), determină înroșirea pielii, așa numite „arsuri solare” (au energie mai mare), pot degrada ADN-ul pielii favorizând apariția cancerului cutanat. Intensitatea UVB variază cu zona geografică, momentul zilei și anotimp. Sunt mai intense în intervalul orar 10-16.

UVC sunt cele mai „energetice”, din ferire sunt absorbite în întregime de pătura

de ozon a atmosferei. Sunt produse artificial de arcul electric al aparatelor de sudură și determină arsuri grave dacă ne expunem neprotejați.

Pe de altă parte, multe din lămpile de bronzat artificial sunt un concentrat de UVA, cu un impact negativ, asupra pielii, crescând cu 75% riscul de melanom. Pigmentările inestetice, reacțiile alergice, au drept cauză tot UVA.

Se pare că radiația UVA are rol (încă nu pe deplin cunoscut) în scăderea răspunsului imunitar al organismului.

Nu trebuie să privim soarele doar din perspectiva efectelor negative, el având și o serie de beneficii. Astfel, radiația UVB intervine în sinteza vitaminei D, în doză fiziologică, sub eritem, fără arsură solară.

Razele UV naturale sau artificiale sunt favorabile în tratarea unor afecțiuni precum: psoriazis, dermatita atopică etc. Ajută la starea de bine, datorită stimulării secreției de melatonină și serotonină.

Însă, obligatoriu, când mergem la plajă, trebuie să avem la noi și cremă de protecție solară. Cremele cu SPF se împart în două categorii: cu barieră fizică și chimică. Cele minerale cu barieră fizică reflectă razele ultraviolete; au la bază oxid de zinc sau dioxid de titan, înglobat în particule micronizate care cresc acceptabilitatea cosmetică. Acestea rămân exclusiv la suprafața pielii, având risc scăzut de reacții alergice. Cele cu barieră chimică absorb razele ultraviolete sau le aduc la un nivel de energie mai redus, cu dezavantajul că încălzesc pielea și pot da reacții alergice.

Privind nivelul lor de eficacitate, se știe că pentru o piele sănătoasă, un SPF de 15 blochează 93% din radiația UVB; pentru UVA, în schimb, efectul este mult mai redus.

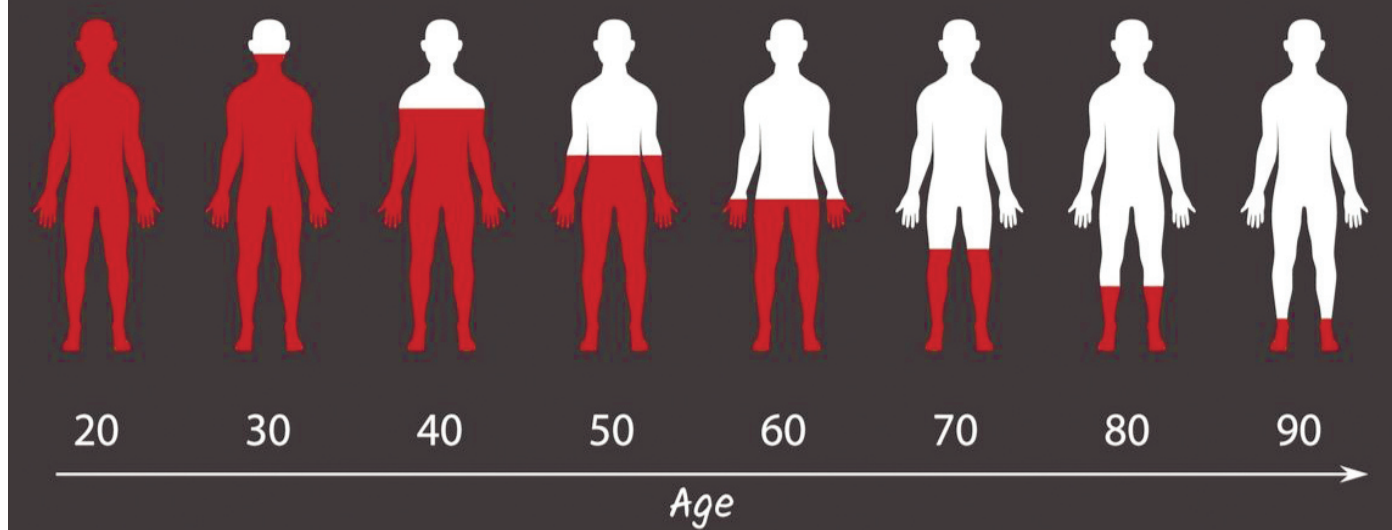
Un SPF de 30 blochează 97% din radiațiile UVB și considerabil mai multe UVA. De fapt, specificațiile 15, 30 fac referire la protecția față de arsură solară, adică impactul UVB și nu al UVA. Adăugarea de filtre fizice, precum oxidul de zinc, sau chimice, ca avobenzone, le fac capabile să blocheze și UVA.

De aceea, ori de câte ori cumperi o cremă, verifică spectrul de radiații pentru care asigură protecție. Pentru a fi eficiente, cremele trebuie aplicate în cantitate de 2mg/cm², cu 15-30 minute înainte de expunere și reîmprospătate la 2-3 h, mai ales după baie sau dacă se transpiră intens. Orientativ, trebuie să știi că 5-6 „lingurițe” de cremă sunt suficiente pentru a acoperi întreaga suprafață corporală.

Dacă vorbim de o piele deschisă la culoare, cu multe alunițe, sensibilitate la soare, arsuri în antecedente, singura alegere rămâne o cremă cu SPF 50. Alături de protecția folosită de cremă, nu trebuie uitată protecția mecanică oferită de haine.

Mai ales în cazul copiilor, acoperirea unei mari porțiuni din piele este obligatorie. Trebuie să alegem haine din bumbac, cu țesătura densă, prin care razele soarelui trec cu greu, pălării cu boruri largi. De asemenea, hainele trebuie schimbate imediat ce s-au udat. Hainele umede pierd 30-50% din protecție”.

MALE TESTOSTERONE PRODUCTION WITH AGE



Un nivel scăzut de testosteron la bărbați, asociat cu un risc mai mare de deces

O concentrație scăzută de testosteron seric de bază (endogen) la bărbați este asociată cu un risc crescut de mortalitate din toate cauzele, iar un nivel foarte scăzut de testosteron de bază cu un risc crescut de deces cardiovascular, a constatat o meta-analiză publicată în Annals of Internal Medicine.

Potrivit autorilor, recentul studiu clarifică constatările anterioare inconsecvente privind influența hormonilor sexuali asupra principalelor rezultate de sănătate la bărbații care îmbătrânesc.

Cercetătorii de la Universitatea de Vest din Australia, în colaborare cu cercetători din Australia, Europa și America de Nord, au analizat 11 studii cuprinzând peste 24.000 de participanți pentru a clarifica asocierile hormonilor sexuali cu mortalitatea și riscul de boli cardiovasculare (CVD) la bărbații care îmbătrânesc.

Studiile eligibile au fost studii prospective de cohortă la bărbați cu concentrații totale de testosteron măsurate prin spectrometrie de masă și cu o

perioadă de urmărire de cel puțin 5 ani, identificate anterior într-o analiză sistematică publicată.

Datele individuale ale pacienților (IPD) au fost utilizate pentru a rezuma relațiile dintre concentrațiile hormonale inițiale (testosteron total; globulina de legare a hormonilor sexuali, hormonul luteinizant (LH), dihidrotestosteron și estradiol) și riscul relativ de evenimente CVD, decese CVD și mortalitate din toate cauzele.

Datele au arătat că numai bărbații cu concentrații scăzute de testosteron total au prezentat riscuri mai mari pentru mortalitatea din toate cauzele.

O constatare cheie a fost că bărbații cu o concentrație de testosteron sub 7,4 nmol/L (<213 ng/dL) au avut un risc mai mare de mortalitate din toate cauzele, indiferent de concentrația de LH.

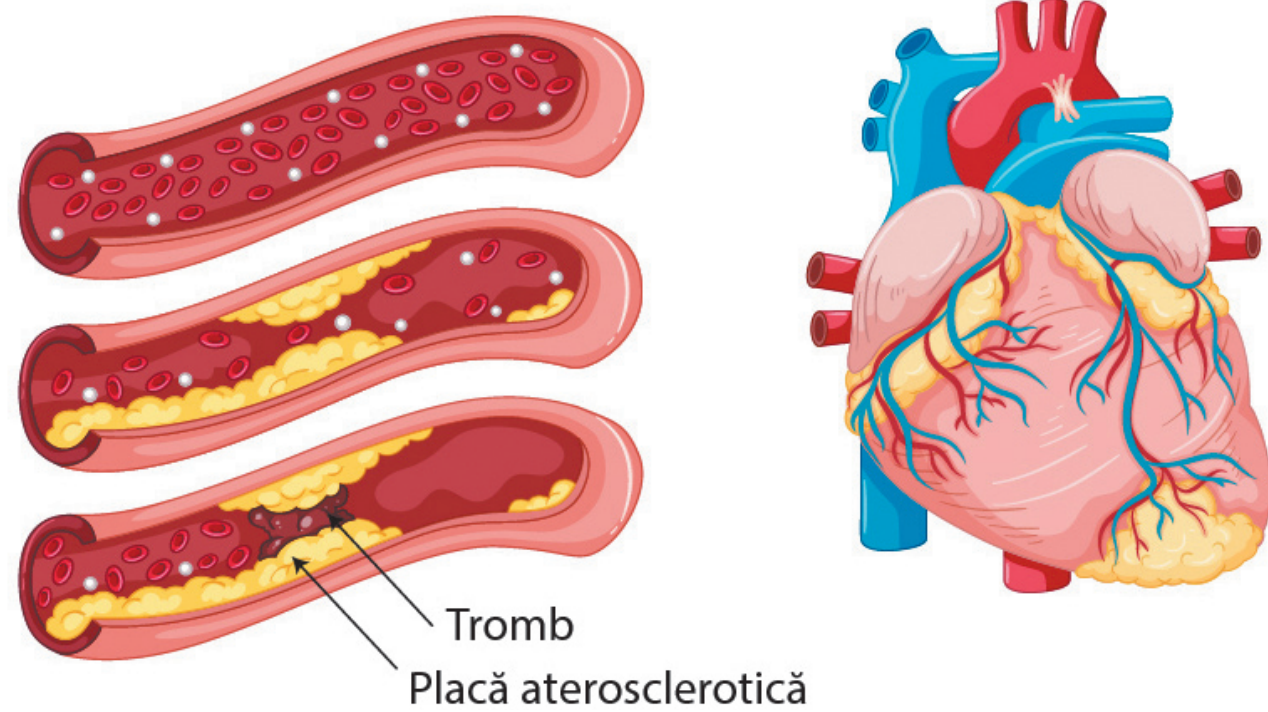
Bărbații cu o concentrație de testosteron mai mică de 5,3 nmol/L (<153 mg/dL) au avut un risc crescut de deces cardiovascular.

Autorul unui editorial care însoțește aceste cercetări, de la Universitatea din Washington, sugerează că recenta meta-analiză este deosebit de valoroasă datorită metodologiei sale riguroase.

Studiul este primul de acest gen care realizează o meta-analiză a datelor individuale ale pacienților din studii prospective majore de cohortă anterioare, care au utilizat spectrometria de masă, cea mai precisă metodă de măsurare a testosteronului, care poate fi utilizată și pentru a măsura cu precizie DHT (dihidrotestosteronul este un hormon și un androgen care joacă un rol cheie în dezvoltarea sexuală a persoanelor de sex masculin) și estradiolul.

În plus, pentru a realiza meta-analiza, autorii au obținut date brute de la 9 dintre studiile incluse și apoi au reanalizat datele combinate. Această metodă a permis o analiză mai sofisticată a datelor combinate din mai multe studii și a oferit date mai solide pentru aceste asocieri, au precizat autorii.

ATEROSCLEROZA



Unul din trei oameni își pierde viața din cauza aterosclerozei

Una din trei persoane din întreaga lume moare din cauza bolilor cardiovasculare, care sunt cauzate în principal de ateroscleroză. Acest lucru face ca ateroscleroza să fie principala cauză de deces la nivel mondial. În plus, multe persoane trăiesc cu manifestări grave ale aterosclerozei, în urma unui infarct miocardic (atac de cord) sau a unui AVC (accident vascular cerebral).

„În prezent, folosim factori precum tensiunea arterială, nivelul de colesterol, vârsta și stilul de viață pentru a estima riscul de ateroscleroză”, spune dr. Borja Ibáñez, director științific al CNIC, cardiolog la spitalul Fundación Jiménez Díaz și liderul părții spaniole a studiului.

REACT va dezvolta - la scară largă - metode de vizualizare directă a bolii (ateroscleroză).

În prezent, tratamentul aterosclerozei este în mare parte același în toate cazurile, dar cei doi profesori anticipează un viitor cu un tratament de precizie mult mai bun, adaptat individual, pentru mult mai mulți pacienți și de la vârste mai timpurii.

Un total de 16.000 de persoane - 8.000 din fiecare țară - cu vârste cuprinse între 20 și 70 de ani vor fi incluse în prima fază a proiectului.

Programul include imagistică a arterelor din gât și din zona inghinală și a arterelor coronare, precum și analize genetice și teste de sânge.

Scopul este prevenirea

Scopul primei faze a proiectului REACT este de a stabili prevalența aterosclerozei în diferite locuri din organism și de a identifica metodele optime de detectare a aterosclerozei - și a facto-

Medicamente pentru slăbit în funcție de profilul genetic

Markerii genetici asociați cu fenotipul „intestinului flămând” ar putea indica ce pacienți vor avea cel mai mare succes la slăbit luând medicamente pentru pierderea în greutate autorizate inițial pentru tratamentul diabetului, au raportat cercetătorii, în cadrul reuniunii Săptămâna Bolilor Digestive, care s-a desfășurat în mai în Washington DC, Statele Unite, și la care participă medici, cercetători și cadre universitare din domeniul gastroenterologiei, hepatologiei, endoscopiei și chirurgiei gastrointestinale.

Cercetarea sugerează că anumite gene pot indica pacienții cu obezitate care au cele mai mari șanse de a răspunde puternic la medicamentele pentru pierderea în greutate.

Studiul prezentat a constatat o probabilitate de 95% ca pacienții cu acest profil genetic să răspundă puternic la tratament.

„Descoperirile ar putea fi folosite pentru a identifica pacienții cu cele mai mari șanse de a obține cele mai mari beneficii de pe urma acestor medicamente”, a declarat dr. Andres Acosta de la Clinica Mayo din Rochester, unul dintre cercetători, potrivit Reuters.

Unele persoane cu obezitate au un profil genetic care contribuie la ceea ce specialiștii numesc „intestin flămând” - adică se simt sătui în timpul unei mese, dar le este din nou foame la scurt timp după aceea, deoarece mâncarea le pășăsește stomacul mai repede decât la majoritatea celorlalți oameni, a explicat medicul.

Studiul a implicat 84 de pacienți cărora li s-a prescris semaglutidă pentru tratamentul obezității.

Semaglutida, autorizată și în Uniunea Europeană (UE), este un medicament bazat pe agoniștii peptidici-1 (GLP-1) prescris în primul rând pentru aduții cu diabet zaharat de tip 2, dar este, de asemenea, aprobat pentru pierderea în

greutate la persoanele cu obezitate sau supraponderale care au cel puțin o altă problemă de sănătate.

Această clasă de medicamente simulează funcțiile hormonilor incretinici naturali ai organismului, care ajută la scăderea nivelului de zahăr din sânge după o masă.

Acești hormoni sunt eliberați din intestin pe tot parcursul zilei, iar concentrațiile lor cresc ca răspuns la ingestia de alimente. Hormonii fac parte dintr-un sistem endogen implicat în reglarea fiziologică a homeostaziei glicemice.

Ajustarea acestor niveluri hormonale poate, de asemenea, să îi facă pe oameni să se simtă sătui și, astfel, să contribuie la scăderea aportului zilnic de calorii.

În cadrul studiului, persoanele cu variantele genetice asociate cu „intestinul flămând” au pierdut în medie 14,4% din greutatea corporală totală după nouă luni de tratament cu medicamentul și 19,5% după un an, a constatat studiul.

Prin comparație, participanții la studiu fără acest profil genetic au pierdut 10,3% din greutatea corporală după nouă luni și nimic mai mult până la 12 luni.

Dr. Acosta a declarat că cercetătorii au observat anterior un model similar la pacienții care au luat liraglutidă, un alt medicament pentru pierderea în greutate.

În timp ce pacienții fără genele „intestinului flămând” au pierdut ceva greutate cu semaglutidă, aceștia ar putea pierde cantități similare cu terapii mai puțin costisitoare, a precizat dr. Acosta.

Prețul de listă pentru semaglutidă, pus pe piață de grupul farmaceutic danez Novo Nordisk sub denumirea comercială de Wegovy, este de 1.349,02 dolari pe lună, potrivit Reuters.

Cercetătorii au precizat că sunt necesare studii mai mari pentru a evalua fiabilitatea profilului genetic de „intestin flămând” la populații mai diverse.



Începe perioada muncilor sezoniere, iar „Sindromul Italia” va apărea din nou. Cazul unui bărbat de 54 de ani, ajuns în pragul disperării

Mădălina OLARIU

„Ziarul de Iași” a prezentat de mai multe ori, în trecut, cazuri în care familii au fost destrămate de așa-numitul „sindrom Italia”, diagnosticat la pacienții care au lucrat o bună parte din viața lor în străinătate. Nu doar ruptura de familie a fost un criteriu relevant în diagnosticarea lor, ci și deviații de comportament asociate afecțiunilor psihice. Acum, la debutul verii, o nouă generație de ieșeni se pregătește să plece pentru prima dată sau pentru a nenumărata oară în străinătate la muncă, mulți fără să știe riscurile la care se supun.

Vă prezentăm din nou cazul de mai jos: un bărbat de 54 de ani care a muncit jumătate din viață în Italia. Întors acasă, trăiește o dramă. Părăsit de familie, a

ajuns în la Institutul „Socola” cu un episod depresiv sever. După externare nu a urmat tratamentul, iar după câteva luni a ajuns din nou la spital.

Deși este cunoscută drept o patologie psihică specifică în general femeilor care pleacă în străinătate pentru a-și putea susține familia de acasă, „Sindromul Italia” începe să afecteze inclusiv bărbați. „Sindromul Italia” reprezintă de fapt numele generic sub care sunt reunite afecțiunile psihice cauzate de depărtarea de casă, de stresul de la locul de muncă, de dificultatea de adaptare într-o țară străină, de lipsa timpului liber și de efectele pe care poate să le aibă asupra psihicului un comportament nepotrivit al celor pentru care lucrează.

La Institutul de Psihiatrie „Socola” din Iași a ajuns cazul unui bărbat care avea simptome

specifice unei depresii severe, fiind adus de un echipaj medical și de Poliție. Bărbatul în vârstă de 54 de ani este din zona Pașcaniului și de doi ani s-a întors din Italia după ce timp de 25 de ani a muncit acolo în construcții pentru a-și întreține familia. Însă odată cu revenirea acasă au început să apară și problemele: cu familia comunica tot mai puțin și se înțelegea tot mai greu, iar la șase luni de la întoarcerea sa acasă, soția și fiul au plecat în Germania, femeia luând inclusiv decizia de a divorța. Dificultatea de a se readapta mediului din care a plecat și lipsa unei comunicări cu familia odată cu revenirea în țară l-au adus într-o situație limită. Mama acestuia a fost cea care a sunat la 112 când a observat că fiul său era extrem de agitat, spunea că vrea să se sinucidă și consumase și mult alcool.

„Nu mai păstrează legătura nici măcar cu fiul, a declarat că fiul nu vrea să vorbească cu el pentru că de când a venit nu s-au mai recunoscut ca familie, nu au mai avut o comunicare foarte bună. Au început tulburările de somn, de fapt, acesta a și fost unul dintre motivele pentru care a venit prima dată la spital: nu dormea de câteva nopți și avea gânduri de moarte, o dispoziție intens depresivă, nu mai găsea nicio motivație în ceea ce făcea în lucrul de zi cu zi”, a

explicat dr. Raluca Prepelită, medic primar psihiatru. Nu a fost prima dată când bărbatul a ajuns la spitalul ieșean – cu câteva luni înainte a fost internat în unitatea medicală cu un episod depresiv sever, cu gânduri de suicid, pentru care medicii i-au recomandat tratament, însă pe care bărbatul a refuzat să îl urmeze după externare.

După tratament, bărbatul caută motive să trăiască

Când a ajuns în Camera de gardă a spitalului, bărbatul susținea că vrea să-și pună capăt zilelor pentru că nu mai vede niciun motiv să trăiască și le spunea medicilor că oricum își va duce planul la îndeplinire pentru că nu va lua tratamentul după ce pleacă acasă. A fost pus sub tratament antidepressiv și de dezintoxicare, iar specialiștii spun că treptat a început să realizeze că încă are motive să trăiască. „După externare va trebui să urmeze tratamentul în continuare, să facă psihoterapie, controale la psihiatru, urmând să aleagă el dacă va veni în Iași sau dacă va merge la un medic din teritoriu”, a completat dr. Prepelită.

Specialiștii ieșeni au explicat că toate simptomele cu care se confruntă bărbatul sunt urmări ale plecării în străinătate, ale îndepărtării de casă și de familie și ulterior ale revenirii



rii în țară, când readaptarea este dificilă. Suferința bărbatului este că deși s-a întors la cei dragi, acest lucru nu a avut efectul la care se aștepta, simțea că nu își mai recunoștea familia și nu reușea să se reintegreze. „Persoanele care pleacă în străinătate trăiesc niște traume în sensul în care la început nu cunosc limba, încearcă să se descurce

cu pot, sunt izolați, eventual cu 1-2 persoane cunoscute cu care relaționează. Ulterior, încearcă să se adapteze, dar este destul de greu într-o țară care îți oferă un loc de muncă, o șansă de a câștiga bani, dar cam atât. Ca să poți să te descurci cu tot ce înseamnă viața în străinătate trebuie să fii pregătit anterior, nu să

pleci doar cu gândul că merg să câștig niște bani și mă întorc acasă”, a mai precizat dr. Raluca Prepelită. Mai mult, în acest caz a fost vorba despre o schimbare de ambele părți: familia de acasă își continua viața, mama se străduia să crească singura copilul, iar tatăl continua să muncească și să trimită bani în țară. „Foarte mulți dintre cei care pleacă

în străinătate se gândesc că merg acolo pentru a câștiga bani și pentru a menține situația materială adecvată. Cred că totul se rezumă la asta, dar astfel ajung relațiile să se destrame, membrii familiei se cunosc tot mai puțin, vorbesc tot mai puțin și atunci fiecare dintre ei se schimbă”, a completat medicul ieșean.



Abonează-te la
ZIARUL De IAȘI
LIDERUL PRESEI IEȘENE

Abonamente ediția tipărită

Persoane Fizice

Prețuri și tipuri de abonament

Prețul unui abonament lunar: 50 lei/lună (include TVA)
Prețul unui abonament trimestrial: 150 lei/lună (include TVA)
Prețul unui abonament semestrial: 300 lei/lună (include TVA)
Prețul unui abonament anual: 600 lei/lună (include TVA)

Abonează-te la Ziarul de Iași și primești GRATUIT, alături de ziar, Suplimentul de Cultură (luni), Ziarul de Business (marți) și Ziarul de Sănătate (miercuri).

În plus, în fiecare săptămână, ai secțiunile specializate incluse în corpul ziarului: Ghidul Auto - în fiecare luni; Ghidul Casei - în fiecare joi și Ghid TV - în fiecare vineri.

Abonează-te la Ziarul de Iași și primești BONUS DE MICA PUBLICITATE. Abonează-te pe 3 luni, 6 luni sau 1 an și poți publica anunțuri de mica publicitate în ediția tipărită a Ziarul de Iași în valoare de 50% din suma plătită, pe baza chitanței de abonament.

Oferta este valabilă pentru toți abonații persoane fizice, cu livrare prin Poșta Română. Distribuția se face atât în municipiul Iași, cât și pe toată raza județului Iași.

Cum te abonezi

- Sună la 0232.214.120 sau 0731-331.035 și abonează-te până la data de 24 a fiecărei luni, pentru a putea primi abonamentul luna următoare. Livrarea ziarelor se face acasă, de luni până vineri, prin factorii poștali.
- La orice oficiu postal.
- Plata cu cardul.

Vizitează www.ziaruldeiasi.ro/editia-tipărită



Plata pentru tipul dorit de abonament se poate face la sediul REDACȚIEI, B-dul Nicolae Iorga, nr. 35, Bl. N1, parter, PRIN MANDAT POȘTAL sau prin BANCĂ, în contul precizat mai jos. Odată efectuată plata, vă rugăm să trimiteți dovada pe adresa ciprian.isachi@ziaruldeiasi.ro.

Persoane Juridice

Prețuri și tipuri de abonament

Prețul unui abonament lunar: 50 lei/lună (include TVA)
Prețul unui abonament trimestrial: 150 lei/lună (include TVA)
Prețul unui abonament semestrial: 300 lei/lună (include TVA)
Prețul unui abonament anual: 600 lei/lună (include TVA)

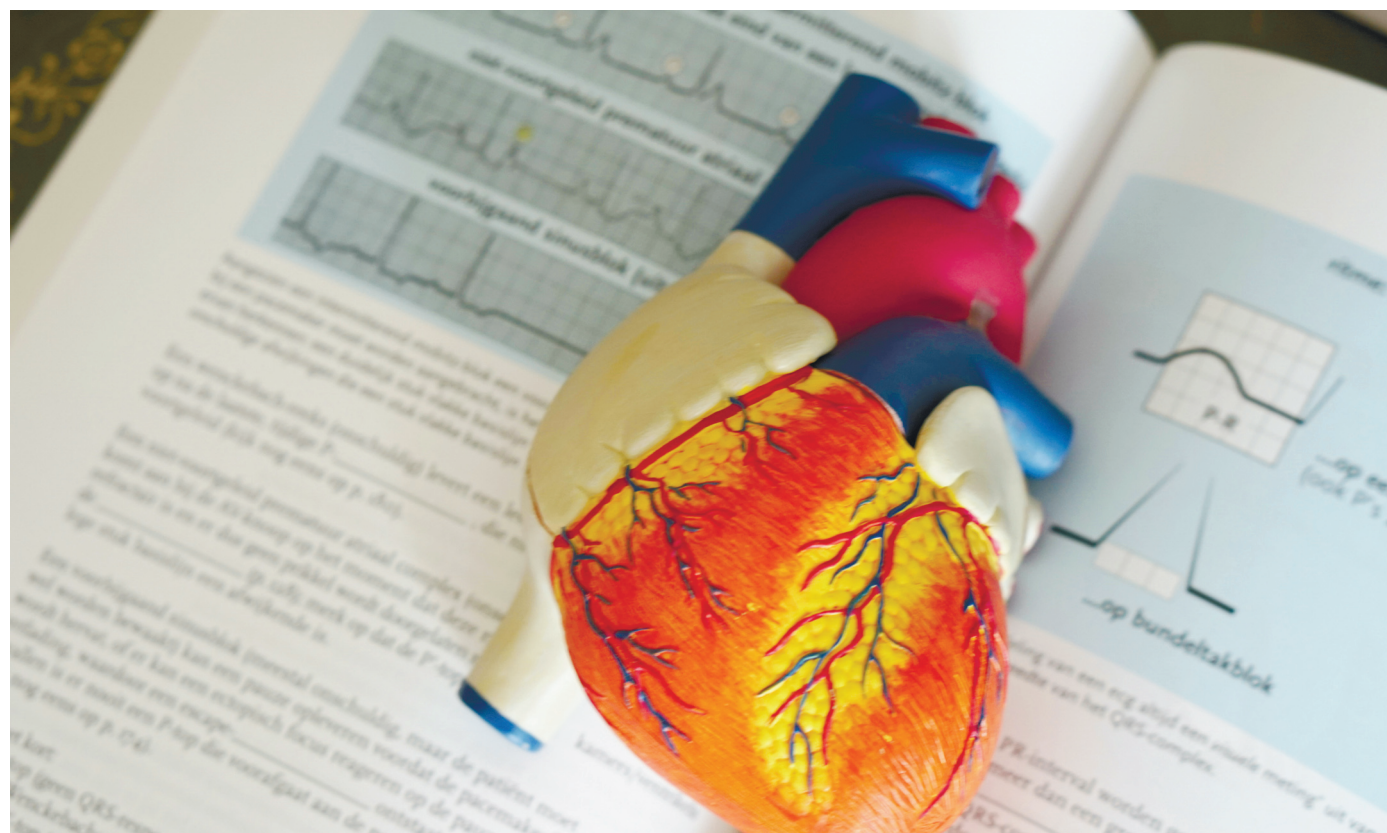
Abonament 6 luni - BONUS: anunțuri de mica publicitate în valoare totală de 160 lei, utilizabile pe toată perioada derulării abonamentului și 20.000 afișări banner special (650 x 90px.) în ediția online a Ziarului de Iași, în valoare de 400 lei.

Abonament 12 luni - BONUS: anunțuri de mica publicitate în valoare totală de 200 lei, utilizabile pe toată perioada derulării abonamentului și 40.000 afișări banner special (650 x 90px.) în ediția online a Ziarului de Iași, în valoare de 800 lei.

Abonează-te la Ziarul de Iași pe 6 luni sau 1 an și-ți oferim un pachet gratuit de publicitate în ediția tipărită și cea on-line, pe care îl poți folosi așa cum dorești. Această ofertă specială, care este disponibilă doar pentru partenerii noștri de afaceri, persoane juridice, își propune să vină în întâmpinarea nevoii de a fi informat, economisindu-vă timpul și banii.

- Abonamentele se pot contracta doar pentru luni calendaristice.
- Pentru a primi abonamentul începând cu prima zi a lunii următoare trebuie să vă abonați până la data de 24 a lunii în curs.
- Pentru orice problemă legată de abonament, sunați la 0232.214.120 sau 0731-331.035 (L - V: 9.00 - 16.00), sau scrieți-ne la ciprian.isachi@ziaruldeiasi.ro.

Datele firmei / Facturare
S.C. New Media GPM SRL; COD FISCAL: RO 42446972
Adresa: Iași, Bd. N. Iorga 35, Bl. N1, parter (vis-a-vis de Gara Internațională)
Banca Transilvania - CONT LEI: RO46BTRLRONCRT067270801



Ce boli au cei din familie? Risc crescut de AVC sau infarct pentru cei care au rude de gradul I cu insuficiență renală

Medicii atrag atenția asupra riscului major de a dezvolta afecțiuni care ne pun viața în pericol dacă avem rude care suferă de insuficiență renală cronică. Persoanele care au rude de gradul I diagnosticate cu

boli cronice de rinichi au un risc de zece ori mai mare decât alți oameni de a face complicații renale sau de a dezvolta evenimente cardiovasculare de tip accident vascular cerebral sau infarct. Avertismentul vine

după ce doi bărbați cu vârsta de 49 de ani au murit din cauza unui infarct miocardic acut, iar amândoi aveau mame diagnosticate cu boală cronică de rinichi și făceau ședințe de dializă. Ambele decese puteau fi prevenite, spun specialiștii ieșeni, dacă afecțiunile de care sufereau erau ținute sub control.

„Există acest risc crescut din datele din literatură, fiind unul de zece ori mai mare decât populația obișnuită de a face complicații renale, dacă ai pe cineva în familie cu boală cronică de rinichi și/sau care face dializă. Soluția este să se facă în primul rând un screening, o prezentare la medicul de familie și la cel nefrolog pentru un control de rutină. După acest examen, este important să repetăm

anual aceste bilanțuri, iar dacă analizele făcute identifică o problemă în fazele incipiente, tratamentul împiedică apariția complicațiilor fatale la care nu mai ai soluții”, a explicat conf. dr. Ionuț Nistor, medic primar nefrolog și purtător de cuvânt al Spitalului Clinic „Dr. C. I. Parhon”.

Bilanțul de rutină implică atât un examen clinic, cât și realizarea unor analize de bază, cum ar fi recoltarea unor probe de urină și sânge, precum și o ecografie abdominală. Ulterior, este important ca acest bilanț să fie repetat anual pentru a ajuta la o diagnosticare precoce.

Coordonator
Ziarul de Sănătate -
Cătălin Hopulea

