

**AUGUST 2022**



# RESPECT

RĂȚIUNE • ECHITATE • SĂNĂTATE • PASIUNE • EMPATIE • CURAJ • TIMP

PENTRU ȘI DESPRE ASISTENȚII MEDICALI DIN  
JUDEȚUL VASLUI



Nr. 5/2022, Vaslui, 2022  
ISSN 2821 - 8191  
ISSN-L 2821 - 8191

**Numărul 5**

# Un gând bun pentru început:

Revista RESPECT și-a propus, încă de la primul număr să ofere asistenților medicali din județul Vaslui un spațiu propice pentru exprimarea ideilor, dar și pentru distribuirea informațiilor, cunoștințelor și noutăților din cele mai diverse domenii de activitate medicală.

Prin această publicație, păstrăm o legătură permanentă între profesioniștii din sistemul sanitar și totodată aducem la cunoștința factorilor decizionali cât de important este rolul asistentului medical în comunitate, și cum acționează acesta pentru a îmbunătăți în mod direct starea de sănătate a populației. Prin activitatea sa, asistentul medical contribuie, în mod direct la evoluția pozitivă a societății din care face parte.

Florence Nightingale a observat faptul că asistenții medicali îi ajută pe oameni să depășească problemele medicale. Ea a privit pacientul ca pe un membru al unei familii și al unei comunități și a subliniat importanța îngrijirii personalizate a pacientului. Ea a considerat dragostea, datoria și bunătatea drept virtuți eroice și a perceput asistentul medical ca pe un erou în practica zilnică. Ea a evidențiat, de asemenea, ea a subliniat importanța rolului asistentului medical în problemele societății.

În acest număr, colectivul redacțional a ales să prezinte provocările cu care ar putea să se confrunte asistenții medicali atunci când oferă îngrijiri medicale pacienților cu afecțiuni cronice.

Starea de sănătate a acestor pacienți poate fi pusă în pericol dacă nu primesc consilierea medicală și îngrijirile de care au nevoie. Asistenții medicali, prin rolul lor de promotori ai sănătății la nivelul comunității, trebuie să le ofere suportul necesar pacienților astfel încât numărul anilor trăiți în invalidate să fie redus.

Fiecare asistent medical este o verigă importantă în "lanțul sănătății" în comunitatea sa. În aceste vremuri, mai mult ca niciodată, membrii comunității au nevoie de asistenții medicali, de profesioniștii din domeniul sănătății care petrec cel mai mult timp cu pacienții și care le cunosc nevoile și suferințele îndeaproape.

Gabriela Epure  
Președinte OAMGMAMR Filiala Vaslui



# Cuprins:

Importanța screeningului în depistarea precoce a cancerului.....	pagina 4
Boala Alzheimer.....	pagina 10
Îngrijirea pacienților cu hipertensiune arterială.....	pagina 12
Hipoacuzia în diabetul zaharat.....	pagina 14
Efectele depriverii de somn .....	pagina 16
Evoluția pacienților care suferă de Boala Coronariană Cronică.....	pagina 18
Hepatotoxicitatea la pacienții hemodializați.....	pagina 20
Importanța activităților fizice .....	pagina 22
Rolul Colesterolului în metabolismul uman .....	pagina 24
Calendula officinalis L. ....	pagina 26
Managementul pacienților pediatrici cu astm .....	pagina 28
Ce mai citim.....	pagina 31
Cuvinte încrucișate.....	pagina 32



# IMPORTANȚA SCREENINGULUI ÎN DEPISTAREA PRECOCE A CANCERULUI

Sănătatea ar trebui să reprezinte o prioritate întotdeauna, nu doar atunci când ne îmbolnăvim. Vizitele periodice la medic ne pot ajuta să ne menținem sănătatea și să identificăm eventualele afecțiuni într-un stadiu incipient. Este recomandat un control anual după 25 de ani.

Pe 25 martie 2022 Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate au propus și Executivul a aprobat, proiectul privind aprobarea programelor naționale de sănătate. Conform actului normativ, Ministerul Sănătății va asigura coordonarea, derularea și finanțarea din bugetul MS a 13 programe naționale de sănătate publică, iar Casa Națională de Asigurări de Sănătate va derula și finanța din Fondul Național Unic de Asigurări de Sănătate 15 programe naționale de sănătate curative.

În cadrul programelor naționale de sănătate derulate de Ministerul Sănătății s-a introdus Programul Național de screening organizat pe baze populaționale pentru boli cronice cu impact asupra sănătății publice:

- a) Subprogramul de screening pentru cancerul de col uterin;
- b) Subprogramul de screening pentru cancerul de sân;
- c) Subprogramul de screening pentru cancerul colorectal;
- d) Subprogramul de screening pentru depistarea infecțiilor cronice cu virusuri hepatice B/C/D care se desfășoară în regim pilot finanțat din fonduri externe nerambursabile.

Acest demers este motivat de asigurarea implementării obiectivelor prioritare ale Planului European, transpus în România prin Planul Național de combatere a Cancerului.

Din perspectiva cercetării medicale, programele naționale de screening permit realizarea unui design prospectiv ce permite măsurarea determinantilor predictivi la nivelul populației. Succesul acestor programe se bazează pe diagnosticarea tumorilor atunci când încă sunt într-un stadiu vindecabil, înainte de a se răspândi de la locul de origine. Acest lucru se realizează prin screening-ul persoanelor asimptomatice, concentrându-se pe cei cu cel mai mare risc.

Recomandările Societății Americane de Oncologie (ACS) în ceea ce privește screeningul:

## 1 Cancer mamar:

Din perspectiva ACS toate femeile ar trebui să fie familiarizate cu beneficiile și limitările screening-ului cancerului mamar. Acestea ar trebui să știe cum trebuie să arate și cum trebuie să se simtă în mod normal sănii la palpare, precum și că este necesar să își informeze medicul despre orice modificare care apare.

Femeile cu vârsta cuprinsă între 40 și 44 de ani ar trebui să aibă posibilitatea de a alege să înceapă depistarea anuală a cancerului de sân cu mamografiile dacă doresc să facă acest lucru.

Femeile cu vârsta cuprinsă între 45 și 54 de ani ar trebui să facă mamografiile în fiecare an.

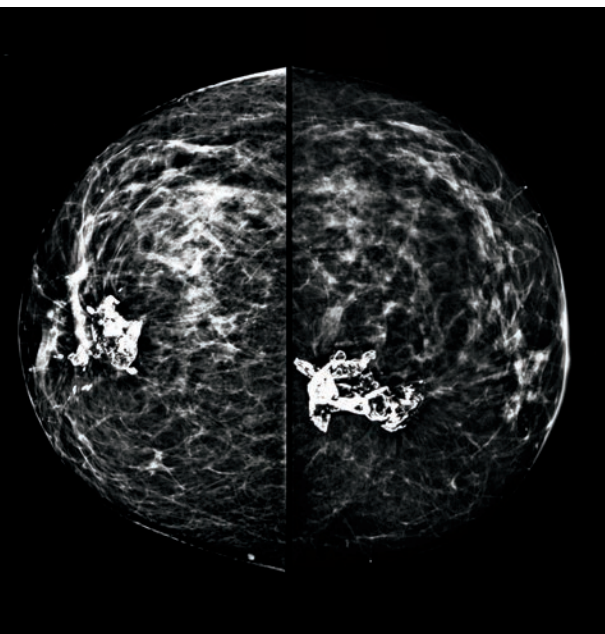
Femeile de peste 55 de ani ar trebui să fie supuse unei mamografii la fiecare 2 ani sau să poată continua screening-ul anual.

Screening-ul ar trebui să continue atâta timp cât o femeie este sănătoasă și are o speranță de viață mai mare de 10 ani.

Unele femei - din cauza istoricului lor familial, a unei tendințe genetice sau a anumitor factori - ar trebui să fie examinate cu RMN împreună cu mamografiile. (Numărul de femei care se încadrează în această categorie este foarte mic.)



Mamografiile sunt radiografiile ale sânilor cu doze mici. Mamografiile regulate pot ajuta la diagnosticarea cancerului de sân într-un stadiu incipient, când tratamentul este cel mai probabil să aibă succes. O mamografie poate evidenția adesea modificări ale sânilor care ar putea fi canceroase cu ani înainte de apariția simptomelor fizice. Rezultatele obținute pe parcursul mai multor decenii de cercetare arată, în mod clar că femeile care fac mamografiile regulate au mai multe șanse de a avea cancer de sân depistat mai devreme, au mai puține șanse să aibă nevoie de tratamente agresive, cum ar fi intervenția chirurgicală pentru îndepărtarea întregului sân (mastectomie) și chimioterapie și sunt mai predispuse să fie vindecate.



Mamografii 2D vs. 3D

Mamografiile nu sunt perfecte, nu pot identifica unele cancere de sân. Și dacă se identifică o formațiune pe o mamografie de screening, o femeie va avea probabil nevoie de alte teste (cum ar fi mai multe mamografii sau o ecografie de sân) pentru a afla dacă aceasta este cancerigenă. Există, de asemenea, o mică șansă de a fi diagnosticat cu un cancer care nu ar fi cauzat niciodată probleme dacă nu ar fi fost găsit în timpul screening-ului. (Acest lucru se numește supradiagnostic) Este important ca femeile care fac mamografiile să știe la ce să se aștepte și să înțeleagă beneficiile și limitările screening-ului.

În ultimii ani, un tip mai nou de mamografie numit tomosinteză digitală a sânilor (cunoscut în mod obișnuit ca mamografie tridimensională [3D] ) a devenit mult mai comun, deși nu este disponibil în toate centrele de imagistică a sânilor.

Multe studii au descoperit că mamografia 3D pare să găsească mai multe tipuri de cancer de sân și mai multe studii au arătat că poate fi de ajutor femeilor cu sânii mai denși. Un studiu amplu este în curs de desfășurare pentru a compara mai bine rezultatele între mamografiile 3D și mamografiile standard (2D).

Examenul clinic al sânilor (CBE) și autoexaminarea sânilor (ESB)

Cercetările nu au arătat un beneficiu clar al examenelor fizice regulate ale sânilor, efectuate fie de un profesionist din domeniul sănătății (examine clinice ale sânilor), fie de către paciente (auto-examene ale sânilor). Există foarte puține dovezi că aceste teste ajută la depistarea precoce a cancerului de sân, atunci când femeile fac și mamografiile de screening. Cel mai adesea, atunci când cancerul de sân este detectat din cauza simptomelor (cum ar fi un nodul la sân), o femeie descoperă simptomul în timpul activităților obișnuite, cum ar fi îmbrăcierea sau îmbrăcarea. Femeile ar trebui să fie familiarizate cu modul în care arată și se simt în mod normal sânii lor și ar trebui să raporteze imediat orice schimbare unui furnizor de servicii medicale.

Recomandările de screening ale Societății Americane de Cancer pentru femeile cu risc crescut:

Femeile care prezintă un risc crescut de cancer de sân pe baza anumitor factori ar trebui să facă un RMN mamar și o mamografie în fiecare an, de obicei începând cu vârsta de 30 de ani. În grupul de risc sunt incluse femeile care:

- Au un risc de cancer de sân pe parcursul vieții de aproximativ 20% până la 25% sau mai mare, conform instrumentelor de evaluare a riscurilor care se bazează în principal pe istoricul familial.

- Au o mutație cunoscută a genei BRCA1 sau BRCA2 (pe baza testării genetice)
- Au o rudă de gradul I (părinte, frate, soră sau copil) cu o mutație a genei BRCA1 sau BRCA2 și nu și-au efectuat propriile teste genetice.
- Au avut radioterapie în zona toracelui când aveau vârste cuprinse între 10 și 30 de ani
- Au sindromul Li-Fraumeni, sindromul Cowden sau sindromul Bannayan-Riley-Ruvalcaba sau au rude de gradul I cu unul dintre aceste sindroame
- Majoritatea femeilor cu risc crescut ar trebui să înceapă screening-ul cu RMN și mamografiile la vârsta de 30 de ani și să continue atât timp cât sunt sănătoase.

## 2 Cancer de colo-rectal și polipi borderline (malignizanți):

Pentru persoanele cu risc mediu de cancer colo-rectal, Societatea Americană de Cancer recomandă începerea unui screening regulat la vârsta de 45 de ani. Acest lucru se poate face fie cu un test sensibil care determină semnele de cancer în scaunul unei persoane (un test bazat pe scaun), fie cu un examen care permite vizualizarea colonului și rectului (un examen vizual).

Dacă sunteți sănătos, ar trebui să continuați controlul regulat până la vârsta de 75 de ani.

Pentru persoanele cu vârste cuprinse între 76 și 85 de ani, screening-ul se continuă dacă există recomandări din partea medicului curant.

Persoanele de peste 85 de ani nu ar trebui să mai facă screening pentru cancerul colorectal.

Dacă pacientul alege să fie examinat cu un alt test decât colonoscopie, orice rezultat anormal al testului trebuie urmat cu o colonoscopie.



## 3 Cancerul de col uterin:

Screeningul cancerului de col uterin ar trebui să înceapă la vârsta de 25 de ani. Persoanele sub 25 de ani nu ar trebui testate, deoarece cancerul de col uterin este rar la această grupă de vârstă.

Persoanele cu vârsta cuprinsă între 25 și 65 de ani ar trebui să facă un test primar HPV (virusul papiloma uman)\* efectuat la fiecare 5 ani. Dacă un test HPV primar nu este disponibil, un co-test (un test HPV cu un test Papanicolau) la fiecare 5 ani sau un test Papanicolau la fiecare 3 ani sunt alte opțiuni recomandate.

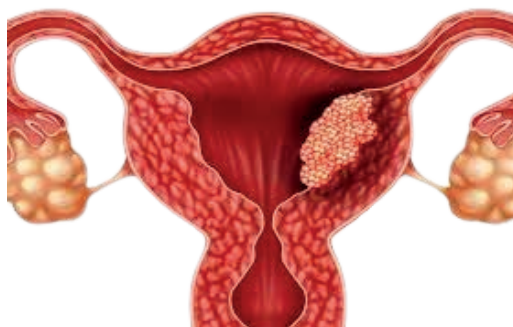
Cel mai important lucru de reținut este faptul că pacienta trebuie testată în mod regulat, indiferent de testul efectuat.

Persoanele în vârstă de peste 65 de ani care au făcut teste regulate pentru cancerul de col uterin în ultimii 10 ani cu rezultate normale nu ar mai trebui să fie testate pentru cancerul de col uterin. Odată ce testarea este oprită, nu ar trebui să fie reluată. Cei cu antecedente de precancer de col uterin grav ar trebui să fie testați în continuare timp de cel puțin 25 de ani după acest diagnostic, chiar dacă testarea depășește vârsta de 65 de ani.

Persoanele al căror col uterin a fost îndepărtat prin intervenție chirurgicală din motive care nu au legătură cu cancerul de col uterin sau precancerul grav nu ar trebui să fie testate.

Persoanele care au fost vaccinate împotriva HPV ar trebui să urmeze în continuare recomandările de screening pentru grupele lor de vârstă.

Unele paciente - din cauza istoricului lor de sănătate (infecție cu HIV, transplant de organe, expunere la DES, etc.) - pot avea nevoie de un program diferit de screening pentru cancerul de col uterin.



#### 4 Cancer endometrial

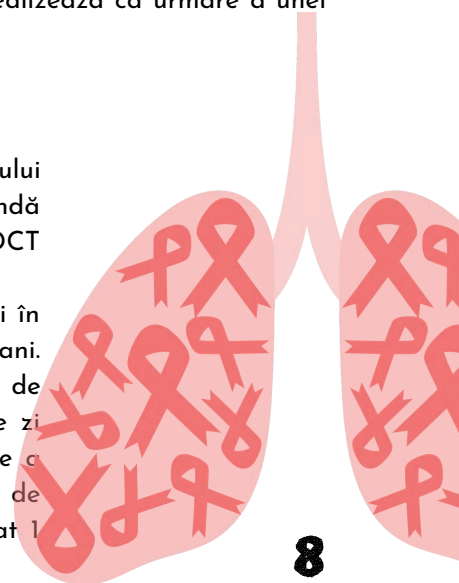
Societatea Americană de Cancer recomandă ca, în momentul menopauzei, toate femeile să fie informate despre riscurile și simptomele cancerului endometrial. Femeile ar trebui să raporteze medicilor orice sângerare vaginală neașteptată.

Unele femei - din cauza istoricului lor - ar putea avea nevoie să ia în considerare efectuarea unei biopsii endometriale anuale. Acest test se realizează ca urmare a unei recomandări medicale.

#### 5 Cancerul pulmonar:

Cea mai recentă versiune a ghidului de depistare a cancerului pulmonar al Societății Americane de Cancer (ACS) recomandă screening-ul anual al cancerului pulmonar cu scanări LDCT pentru persoanele care:

Au între 50 și 80 de ani și au o sănătate destul de bună și în prezent, fumează sau au renunțat la fumat în ultimii 15 ani. Precum și cele care au un istoric de fumat de cel puțin 20 de pachete-ani. (Acesta este numărul de pachete de țigări pe zi înmulțit cu numărul de ani fumați. De exemplu, cineva care a fumat 2 pachete pe zi timp de 10 ani [ $2 \times 10 = 20$ ] are 20 de pachete-ani de fumat, la fel ca și o persoană care a fumat 1 pachet pe zi timp de 20 de ani [ $1 \times 20 = 20$ ].)





În plus, este important ca persoanele care urmează să fie examinate să primească și consiliere pentru a renunța la fumat dacă fumează în prezent.

## 6 Cancerul de prostată

Societatea Americană de Cancer recomandă bărbaților să ia o decizie informată cu privire la testarea pentru cancerul de prostată.

Începând cu vârsta de 50 de ani, bărbații ar trebui să discute cu un furnizor de servicii medicale despre avantajele și dezavantajele testării, astfel încât să poată decide dacă testarea este alegerea potrivită pentru ei.

Dacă pacientul are antecedente de cancer de prostată în familie (un tată sau un frate) care a avut cancer de prostată înainte de vârsta de 65 de ani, ar trebui să înceapă screening-ul la 45 de ani.

În concluzie examinările medicale periodice ar trebui să fie o prioritate pentru toate categoriile populaționale, pentru a-și asigura sănătatea optimă. Iată câteva dintre principalele beneficii ale screening-ului medical:

- Vă ajută să aflați dacă sunteți în pericol sau dacă suferiți de o afecțiune sau boală despre care nu știți.
- Detectarea precoce a bolilor are ca rezultat un management mai bun și un tratament mai eficient al bolii, ceea ce scade riscul de complicații și crește șansele unor rezultate mai bune pentru sănătate.
- Vârsta este unul dintre factorii de risc majori pentru diferitele tulburări care modifică viața, dar cu opțiunea de detectare și tratament precoce, corpul dumneavoastră poate avea cea mai bună apărare împotriva acestor boli.
- Dacă aveți antecedente familiale de diabet, boli cardiovasculare sau accident vascular cerebral, atunci screening-ul de sănătate vă poate ajuta în procesul de prevenire și vă poate oferi tratamente în timp util.



Gabriela Epure  
Președinte OAMGMAMR Filiala Vaslui

# Boala Alzheimer

Boala Alzheimer este principala cauză a demenței și devine rapid una dintre cele mai scumpe, letale și împovărătoare boli ale acestui secol.

Diagnosticul bolii Alzheimer a trecut de la unul pur patologic, pe vremea lui Alois Alzheimer (1864-1915) la o abordare clinică, exclusivă, în 1984.

## → Epidemiologie

În 2018, Alzheimer's Disease International a estimat o prevalență a demenței de aproximativ 50 de milioane de oameni în întreaga lume, în 2050 se estimează o triplare a acestui număr de pacienți.

Cele mai recente date estimează că prevalența demenței în Europa se va dubla până în 2050.

„Intervenția precoce poate întârzia evoluția către demență dacă aveți o deficiență cognitivă ușoară”, spune Marwan Sabbagh, MD, directorul Cleveland Clinic Lou Ruvo Center for Brain Health din Las Vegas. „Știm că, de fapt, puteți încetini rata de progresie a bolii cu intervenții multidirecționate agresive, inclusiv terapii farmacologice tradiționale și intervenții în stilul de viață și, de asemenea, oferim pacienților acces timpuriu la studii clinice și de cercetare”

Asociația Alzheimer le recomandă pacienților să se adrese medicului de familie de îndată ce observă anumite semne și simptome de avertizare timpurie, inclusiv:

- Pierderea memoriei. Acesta este de obicei unul dintre primele simptome ale bolii Alzheimer.
- Punerea obiectelor în locuri ciudate;
- Confuzie despre evenimente, timp și loc;
- Întrebări repetate;
- Probleme la gestionarea banilor și la plata facturilor;
- Probleme cu efectuarea/necesitatea unei perioade mai mari de timp pentru îndeplinirea sarcinilor familiare;
- Pierderea/rătăcirea;
- Insomnia;
- Modificări ale personalității și comportamentului, inclusiv agitație, anxietate și agresivitate;



- Suspiciuni nefondate cu privire la familie, prieteni și îngrijitori;
- Raționament sau judecată slabă;
- Probleme în a recunoaște familia și prietenii;
- Dificultate de a învăța și de a reține informații noi/evenimente recente;
- Dificultate în îndeplinirea sarcinilor în mai multe etape, cum ar fi îmbrăcarea sau gătitul;
- Halucinații, iluzii sau paranoia;
- Dificultate de a vorbi/de a găsi cuvintele potrivite;
- Dificultăți de citire, scriere și lucru cu numere;
- Dificultate la mers;
- Dificultate la deglutiție.

### → Diagnostic:

Aceste teste sunt folosite pentru a diagnostica boala Alzheimer sau pentru a exclude alte afecțiuni medicale care provoacă simptome similare cu boala Alzheimer:

Istoricul medical. Medicul întreabă pacientul despre afecțiunile medicale actuale și trecute, despre medicamentele pe care le ia pacientul și despre antecedentele familiale de boală Alzheimer sau alte tulburări de memorie. El sau ea va verifica, de asemenea, toate semnele vitale curente (tensiunea arterială, ritmul cardiac, temperatura, ritmul pulsului) și va efectua un examen neurologic (verifica reflexele și coordonarea, mișcarea ochilor, vorbirea și senzația).

Teste de sânge și urină. Acestea sunt teste de laborator standard efectuate pentru a exclude alte cauze ale simptomelor, inclusiv hemoleucograma, nivelurile de vitamine, funcția hepatică și renală, echilibrul mineral și testele funcționale ale glandei tiroide.

Testare neuropsihologică. Acest examen include teste pentru a evalua atenția, memoria, limbajul, capacitatea de a planifica și raționa, capacitatea de a schimba comportamentul, precum și personalitatea și stabilitatea emoțională. Acest tip de testare poate monitoriza, de asemenea, progresul bolii Alzheimer.

### → Teste imagistice cerebrale:

Tomografia computerizată (CT). Această scanare dezvăluie modificări fizice în structura țesutului cerebral observate în modificările ulterioare ale bolii Alzheimer, inclusiv scăderea dimensiunii creierului (atrofie), lărgirea creștăturilor țesuturilor creierului și mărirea camerelor umplute cu lichid ale creierului.

Imagistică prin rezonanță magnetică. Această scanare poate arăta și atrofia creierului. În plus, poate identifica accidente vasculare cerebrale, tumori, acumularea de lichid pe creier și alte daune structurale care pot provoca simptome similare cu boala Alzheimer.

Autor: Luminița Rubică  
Asistent medical șef C.A.M.S. Băcești



## Îngrijirea pacienților cu hipertensiune arterială

Hipertensiunea arterială se definește ca tensiunea arterială (TA) crescută, persistentă. Hipertensiunea sistolică izolată se referă la valori ale tensiunii arteriale diastolice (TAD) mai mici de 90 mmHg și valori ale tensiunii arteriale sistolice (TAS) mai mari sau egale cu 140 mmHg.

Criza hipertensivă (TA >180/120 mmHg) poate fi clasificată ca urgență majoră hipertensivă (creșterea extremă a TA cu afectare acută sau progresivă a organelor țintă) sau ca urgență hipertensivă (creșterea TA fără afectare acută sau progresivă a organelor țintă).

Hipertensiunea arterială necontrolată duce la boli cardiovasculare severe, insuficiență renală și mortalitate.

Hipertensiunea arterială este asociată cu cel puțin 7,6 milioane de decese pe an la nivel mondial (13,5% din totalul deceselor), ceea ce o face principalul factor de risc pentru bolile cardiovasculare.

La adulții cu hipertensiune arterială, controlul TA la niveluri nehipertensive prin tratament nonfarmacologic și farmacologic reduce riscul de evenimente cardiovasculare și mortalitatea de orice cauză cu 20% până la 40%. Se estimează că aproximativ 46.000 de decese anual pot fi prevenite printr-un control îmbunătățit al tensiunii arteriale în rândul adulților din SUA, mai multe decese decât pot fi evitate prin modificarea oricărui alt factor de risc major. Cu toate acestea, controlul TA poate fi realizat numai dacă cei cu hipertensiune arterială sunt identificați, diagnosticați și tratați. Primul pas în această cascadă este diagnosticul de hipertensiune arterială. Odată ce hipertensiunea arterială este diagnosticată, trebuie implementate abordări nonfarmacologice și farmacologice eficiente pentru a scădea valorile tensiunii arteriale.

Sfaturile pe care furnizorii de servicii medicale ar trebui să le ofere pentru această categorie de pacienți se împart în două categorii: educația în vederea autodeterminării tensiunii arteriale la domiciliu și schimbarea stilului de viață.



### Monitorizarea TA la domiciliu

Studiile au arătat că monitorizarea, auto-măsurată a tensiunii arteriale - în cazul în care pacienții sunt instruiți să-și măsoare propria tensiune arterială în afara cabinetului și să comunice rezultatele la următorul consult de specialitate - ajută la stabilirea unor diagnostice mai precise ale hipertensiunii arteriale, o mai bună gestionare a tensiunii arteriale necontrolate și a rezultatelor în cazul pacienților care realizează această procedură la domiciliu, corespunzător.



Educarea pacienților în vederea monitorizării cu precizie a tensiunii arteriale ar trebui să dureze cinci până la șase minute în cabinetul medical și poate fi făcută de un asistent medical, cu ajutorul instrumentelor disponibile.



De exemplu un formular tipărit din care pacienții să se informeze și acasă. Acesta ar trebui să prezinte: tehnica de pregătire, poziția și măsurarea efectivă a tensiunii arteriale.

Sfaturi privind stilul de viață:

Există cinci elemente pe care pacienții le pot schimba pentru a-și îmbunătăți valorile tensiunii arteriale:

Printre acestea enumerăm creșterea activității fizice. Exercițiile adecvate pot scădea tensiunea arterială cu 5 până la 8 mm Hg, arată studiile. Specialiștii recomandă ca adulții să participe la cel puțin 150 până la 300 de minute de activitate fizică moderată pe săptămână sau 75 până la 150 de minute de activitate fizică intensă săptămânal. Aceștia recomandă, de asemenea, activități de întărire musculară de două sau mai multe ori pe săptămână.

Aportul redus de sodiu poate contribui, de asemenea, în mare măsură la reducerea TA, scăzând-o cu aproximativ 5 până la 6 mm Hg. Cadrele medicale ar putea oferi o fișă de două pagini în care să explice modul în care scăderea aportului de sare ajută în controlul afecțiunilor cardiace, enumerând alimentele de evitat și recomandând diferite moduri de a găti alimente acasă cu un conținut redus de sare. În mod optim, pacienții ar trebui să încerce să își limiteze sodiul la mai puțin de 1.500 mg pe zi, dar chiar și reducerea aportului de sodiu cu 1.000 mg față de valoarea pe care o consumă acum poate ajuta la scăderea tensiunii arteriale.

De asemenea, cadrele medicale ar trebui să îi consilieze pe pacienții să piardă în greutate dacă sunt supraponderali și să mențină o greutate corporală normală. De asemenea pot lua în considerare recomandarea unui program de schimbare a stilului de viață pentru pacienți, mai ales dacă au prediabet.

Urmând planul alimentar DASH , se recomandă și o dietă bogată în fructe, legume și lactate cu conținut scăzut de grăsimi. S-a demonstrat că reduce tensiunea arterială cu până la 11 mm Hg și poate contribui la pierderea în greutate și la obținerea unui aport mai mic de sodiu.

Ajutând pacienții să înțeleagă importanța acestor schimbări ale stilului de viață și importanța auto-măsurării regulate a tensiunii arteriale cadrele medicale pot contribui în mare măsură la îmbunătățirea ratei de control a tensiunii arteriale.

Autor: Gugleş Izabela Beatrice  
Asistent medical generalist Asistent șef  
Spitalul Privat de Îngrijiri Paliative -  
RECUMED Vaslui



# Hipoacuzia în diabetul zaharat


Diabetul zaharat este o boală cronică caracterizată prin hiperglicemie și este asociată cu complicații microvasculare și macrovasculare. Complicațiile microvasculare afectează retina, nervii periferici și rinichii, în timp ce complicațiile macrovasculare includ boala coronariană, boala arterelor periferice și accidentul vascular cerebral. Pierderea auzului sensorineural (SNHL) poate fi, de asemenea, o complicație subrecunoscută a diabetului și la fel ca diabetul devine mai răspândită la nivel mondial. Pierderea auzului sensorineural asociat diabetului poate deveni o contribuție semnificativă la deficiența de auz în populația generală.

Diabetul zaharat este asociat cu pierderea progresivă bilaterală a auzului care afectează predominant frecvențele mai înalte. Pierderea auzului este de aproximativ două ori mai frecvent la adulții cu diabet zaharat comparativ cu cei non-diabetici reprezentând un semnal de alarmă la adresa pacienților diagnosticați cu diabet. Riscul de deficiență de auz este asociat cu sexul masculin, educația scăzută, ocupație industrială sau militară, fumat și expunerea la zgomot în timpul liber. Prevalența variază substanțial în funcție de vârstă, sex și rasă și se estimează că proporția pierderii auzului la diabetici depășește 30% la cei cu vârsta de 65 de ani sau mai mult.

Modificările patologice care însoțesc diabetul implică leziuni ale sistemului vascular sau ale sistemului neural al urechii interne, rezultând o deficiență de auz neurosenzorial. Două studii au descris dovezi ale unor astfel de modificări patologice prin autopsie la diabetici, care a arătat scleroză a arterei auditive interne, capilarele îngroșate ale striei vasculare, atrofia ganglionului spiralat și demielinizarea celui de-al optulea nerv cranian.

Diabetul este în cele din urmă o tulburare a metabolismului energetic care implică mitocondria cu disfuncție, stres oxidativ și depunerea produselor glicate în țesuturile corporale, ducând la tulburări ale funcționării metabolice. Metabolismul tulburat al diabetului poate afecta fiziologia auditivă și, în cele din urmă, funcția. Există un număr de teorii plauzibile din punct de vedere fiziologic despre mecanismul de bază responsabil pentru pierderea auzului care apar cu diabetul zaharat.

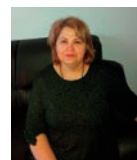
Cohleea are o circulație predominant microvasculară și este considerată vulnerabilă la efectele de micro-angiopatie ca rezultat al hiperglicemiei din diabetului zaharat. Pierderea auzului a fost raportat la persoanele cu diabet zaharat non-insulinodependent (NIDDM). Înăutățirea nivelului creatininei ca un marker de microangiopatie a fost observată pe măsură ce auzul s-a înăutățit într-un studiu de 12575 de pacienți cu diabet zaharat.



Factori măsurați și asociați cu microangiopatie, cum ar fi microalbuminurie, nivelul de creatinină serică împreună cu nivelul HgbA1 și durata diabetului zaharat (rezultând la un diabet zaharat dezechilibrat) au arătat un nivel de auz semnificativ mai rău față de pacienții unde complicațiile și nivelurile glicemice s-au menținut aproape de normal. Majoritatea studiilor au confirmat o creștere a cazurilor de hipoacuzie direct proporțională cu valorile glicemice în medie crescute, asociate unui tratament inefficient aplicat.



Cercetările efectuate în ultimele decenii au atras atenția asupra pierderii auzului la persoanele cu diabet zaharat. Acum, trebuie să trecem la următorul pas – ce putem face? Înainte de a putea răspunde la această întrebare, trebuie să învățăm mult mai multe despre mecanismul de producere al afecțiunii. Sistemul auditiv necesită glucoză și utilizarea de energie pentru a prelucra semnalul complex. Pierderea auzului în contextul diabetului de tip 2 poate rezulta din cauză microangiopatică cu procesele care duc la depunerea de glucoproteine induse de hiperglicemie în vasele de sânge mici, cu afectarea funcției neurologice. Neuropatie periferică secundară diabetului zaharat reprezintă o complicație serioasă. Faptul că manifestările nu sunt vizibile și acute determină ignorarea proceselor degenerative apărute cu lipsa controlului regulat la nivelul aparatului auditiv. Locul acestei afecțiuni secundare trebuie să se afle în rândul cunoscutelor complicații ale diabetului zaharat substrat.





# Efectele deprivării de somn

Pentru a funcționa în parametri normali un adult are nevoie de 7-9 ore de somn. În cazul care nu respectă acest program de odihnă pot să apară efectele pe termen lung ale deprivării de somn.

Studiile efectuate au asociat lipsa somnului cu o serie de probleme medicale, cum ar fi creșterea în greutate și sistemul imunitar slăbit.

Pe scurt, privarea de somn este cauzată de lipsa constantă a somnului sau de calitatea redusă a acestuia. A dormi mai puțin de 7 ore în mod regulat poate duce în cele din urmă la consecințe asupra sănătății care să afecteze sistemic pacientul. Acest lucru poate fi cauzat și de o tulburare de somn subiacentă .

## Semnele vizibile ale lipsei de somn includ:

- somnolență excesivă
- căscat frecvent
- iritabilitate
- stare de oboseală pe parcursul zilei



Stimulantele, cum ar fi cafeina, nu sunt suficiente pentru a trece peste nevoia fundamentală de somn a organismului. De fapt, acestea pot înrăutăți lipsa de somn, îngreunând adormirea noaptea.

## Sistemul nervos central:

Efectele negative ale privării de somn asupra vigilenței și performanței cognitive sugerează scăderi ale activității și funcției creierului. Aceste modificări apar în principal în două regiuni: talamusul, o structură implicată în vigilență și atenție; și cortexul prefrontal, o regiune care subservește vigilența, atenția și procesele cognitive de ordin superior. Aceasta a fost concluzia unui studiu american din 2000. Au fost testați șaptesprezece bărbați în vârstă de 20 de ani. Privarea de somn a fost progresivă cu măsurători ale glucozei, performanței cognitive, vigilenței, stării de spirit și experienței subiective colectate după 0, 24, 48 și 72 de ore de privare de somn. Au fost efectuate determinări suplimentare de vigilență, performanță cognitivă și dispoziție la intervale fixe. Au fost utilizate scanări PET și s-a acordat atenție ritmului circadian al performanței cognitive. În mod interesant, efectele privării de somn par să fie constante între „bufnițele de noapte” și „păsările timpurii”, sau diferite cronotipuri de somn,



Un studiu remarcat pe animale de la Universitatea din California din 2002 a indicat că somnul fără mișcări oculare rapide (NREM) este necesar pentru a opri neurotransmițătorii și a permite receptorilor lor să se „odihnească” și să-și recapete sensibilitatea, ceea ce permite monoaminelor (norepinefrina, serotonina și histamina) să fie eficiente la niveluri produse în mod natural. Acest lucru duce la o reglare îmbunătățită a dispoziției și la creșterea capacității de învățare. Studiul a mai constatat că lipsa somnului cu mișcarea rapidă a ochilor (REM) poate atenua depresia clinică, deoarece imită inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei. Acest lucru se datorează faptului că scăderea naturală a monoaminelor în timpul REM nu este permisă, ceea ce determină creșterea concentrației de neurotransmițători în creier, care sunt epuizați la persoanele deprimare clinic.

### Atenție și memorie de lucru

Dintre posibilele consecințe fizice ale privării de somn, deficitul de atenție și de memorie de lucru sunt poate cele mai importante; astfel de defecțiuni în rutinele banale pot duce la rezultate nefericite, de la uitarea ingredientelor în timp ce gătești până la pierderea unei propoziții în timp ce luați notițe. Efectuarea sarcinilor care necesită atenție pare să fie corelată cu numărul de ore de somn primite în fiecare noapte, scăzând în funcție de orele de privare de somn. Memoria de lucru este testată prin metode precum sarcinile de alegere-timp de reacție.

### Starea de spirit

Lipsa de somn poate avea un impact negativ asupra stării de spirit. A sta trează toată noaptea sau a face o tură de noapte neașteptată poate determina pe cineva să se simtă iritabil. Odată ce acea persoană se odihnește, starea de spirit va reveni adesea la valoarea de bază sau la normal. Chiar și lipsa parțială de somn poate avea un impact semnificativ asupra stării de spirit. Într-un studiu, subiecții au raportat creșterea somnolenței, oboselii, confuziei, tensiunii și tulburărilor totale ale dispoziției, care și-au revenit la valoarea de bază după una sau două nopți complete de somn.

Depresia și somnul sunt într-o relație bidirecțională. Somnul slab poate duce la dezvoltarea depresiei, iar depresia poate provoca insomnie, hipersomnie sau apnee obstructivă în somn. Aproximativ 75% dintre pacienții adulți cu depresie pot prezenta insomnie. Privarea de somn, indiferent dacă este totală sau nu, poate induce anxietate semnificativă, iar privările de somn mai lungi tind să aibă ca rezultat un nivel crescut de anxietate.

### Imunosupresie

Printre nenumăratele consecințe asupra sănătății pe care le poate provoca privarea de somn, perturbarea sistemului imunitar este una dintre ele. Deși nu este clar înțeles, cercetătorii cred că somnul este esențial pentru a furniza suficientă energie pentru ca sistemul imunitar să funcționeze și pentru a permite procesului inflamator să aibă loc în timpul somnului.

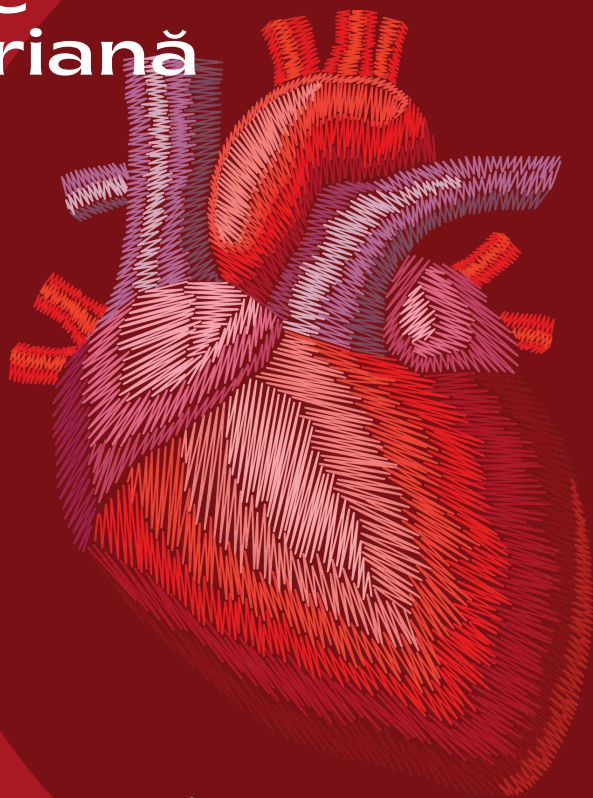


# Evoluția pacienților care suferă de Boala Coronariană Cronică

Bolile cardiovasculare (BCV) sunt în creștere continuă la nivel mondial, cu o estimare de 12 milioane de decese în fiecare an, preponderent în țările în curs de dezvoltare (Organizația Mondială a Sănătății, 2018). Pe măsură ce povara cauzată de creșterea numărului de persoane care suferă de boli cardiovasculare crește, boala coronariană cronică (BCC) devine principala cauză de aplicare a tratamentelor chirurgicale cardiovasculare la nivel mondial. Înțelegerea actuală a bazei patofiziologice a ischemiei miocardice este derivată din observațiile experimentale conform cărora îngustarea arterei coronare limitează fluxul sanguin coronarian.

Boala coronariană cronică afectează arterele coronare, care furnizează sânge oxigenat mușchului cardiac. Elementele patologice includ plăcile aterosclerotice din arterele coronare, din care rezultă procese de stenozare și ocluzare. Fluxul de sânge către miocard este furnizat de către arterele coronare drepte și stângi, care furnizează sânge pe partea corespunzătoare a inimii. Fiecare arteră coronară se ramifică în artere suplimentare, care sunt responsabile să furnizeze sânge oxigenat anumitor zone din țesutul cardiac. Stenoza și aportul redus de sânge prin oricare dintre aceste segmente arteriale pot avea efecte dăunătoare asupra mușchului cardiac și pot duce la instalarea tardivă a unui infarct miocardic.

Factorii de risc au fost împărțiți în nemodificabili și modificabili. Factorii de risc nemodificabili includ: vârsta (peste 65 de ani), sexul masculin și antecedentele familiale. Potrivit Asociației Americane a Inimii [AHA], factorii de risc modificabili care pot fi influențați prin intervenții chirurgicale și tratamente medicamentoase corespunzătoare asociate cu un stil de viață sănătos sunt: hipertensiunea arterială, hipercolesterolemia, inactivitatea fizică, diabetul zaharat, supraponderalitatea (stil de viață nesănătos), medicație-utilizarea cronică de steroizi/contraceptive orale, consumul de alcool, obezitatea (indicele de masă corporală  $>27,5 \text{ Kg/m}^2$  GR 1+) și fumatul. Tratamentul factorilor de risc modificabili pot conduce la reducerea cu până la 60% a apariției evenimentelor cardiace fatale.



Tratamentele chirurgicale la nivel cardiovascular asociate cu elementele anesteziei generale pot induce comorbidități miocardice pe termen lung. Postoperator este indicată aplicarea de tratamente individualizate pacienților și monitorizare riguroasă periodică. Statistic boala coronariană cronică este mai accentuată având un risc mai ridicat la această categorie de pacienți.

Boala coronariană cronică apare în principal din cauza aterosclerozei, iar progresia acesteia este asociată cu factori de mediu și genetici). Ateroscleroza este un proces cronic, caracterizat prin acumularea progresivă de lipide, elemente fibroase și molecule inflamatorii în pereții arterelor mari. Ateroscleroza debutează cu creșterea fluxului colesterolului lipoproteinelor cu densitate joasă (LDL) în spațiul subendotelial, care poate fi modificat și oxidat de diverși agenți. Particulele LDL oxidate/modificate sunt molecule chemotactice puternice care provoacă expresia moleculelor de adeziune a celulelor vasculare și a moleculelor de adeziune intercelulară la suprafața endoteliului și stimulează aderența monocitelor și migrarea către spațiul subendotelial. Monocitele se transformă în macrofage la nivelul intimei. Macrofagele înglobează LDL-ul oxidat prin intermediul receptorilor "scavenger" pentru a-l transforma în celule spumoase și eliberează citokinele proinflamatorii, inclusiv interleukinele și factorul de necroză tumorală. Dezvoltarea plăcii ateromatoase în spațiul subendotelial este rezultatul final al acestui proces. Mai mult, în spațiul subendotelial se acumulează și alte forme de leucocite, inclusiv limfocite și mastocite. Interacțiunea dintre monocite, macrofage, celule spumoase și celule T induce un răspuns imun celular și umoral (cascada inflamatorie) cu producerea mai multor molecule proinflamatorii, cum ar fi interleukina-6 (IL-6) și factorul de necroză tumorală (TNF- $\alpha$ ).

Boala coronariană cronică trebuie monitorizată prin investigații medicale periodice, în funcție de recomandarea medicului cardiolog. Pacientul trebuie să urmeze un stil de viață sănătos care să includă: exerciții fizice zilnice (de intensitate moderată), evitarea stresului, o dietă echilibrată (bogată în legume și fructe), evitarea grăsimilor procesate de tip fast-food, evitarea fumatului și consumului de alcool.

Tratamentul medicamentos urmărește ameliorarea simptomelor bolii, cu prevenirea complicațiilor. Acestea includ: anticoagulante, statine, antihipertensive (betablocante) și antiagregante plachetare. Boala coronariană poate fi evitată prin adaptarea unui stil de viață echilibrat și prin investigații periodice medicale. Niciun simptom nu trebuie neglijat, iar dacă în urma analizelor este diagnosticată boala coronariană, tratamentul trebuie urmat obligatoriu, chiar și în lipsa simptomatologiei.

Autor: Penișoară Marius Ionuț  
Asistent medical generalist -  
Compartimentul de Primiri Urgențe  
Spitalul Municipal "Dimitrie  
Castroian" Huși



# Hepatotoxicitatea La pacienții hemodializați

Ficatul ca organ endocrin și exocrin prezintă relații fiziologice cu rinichi. În literatura de specialitate, există conceptul de „tulburare hepatorenală (HRD)”. Ficatul și rinichii sunt organe cu rol important în metabolismul și excreția medicamentelor. În ultimii ani, problema leziunilor clinice hepatice induse de medicamente preponderent la pacienții tratați pentru insuficiență renală prin hemodializă a devenit semnificativă. Reducerea filtrării la nivel renal determină o concentrație mai ridicată la nivelul organismului a substanțelor active medicamentoase, precum și un timp de eliminare mai lung, dozele uzuale devenind astfel hepatotoxice.



Hepatotoxicitatea indusă medicamentos se manifestă prin semne și simptome clinice cauzate de o leziune patologică subiacentă. Prezentarea clinică poate sugera sau nu leziunea hepatică de bază și, prin urmare, tipurile de leziuni sunt uneori descrise separat. Unele substanțe active din medicamente pot provoca o leziune clinică și patologică, iar alte medicamente pot provoca o varietate de leziuni, făcând adesea diagnosticul mai dificil. Manifestările hepatotoxicității induse medicamentos sunt foarte variabile, începând de la creșterea asimptomatică a enzimelor hepatice (GOT/GPT-AST/ALT) până la insuficiența hepatică fulminantă.

Leziunile clinice și paraclinice sugerează o afectare hepatocelulară, cu creșterea nivelului de aminotransferaze (GOT/GPT-AST/ALT) ca semn predominant, sau o leziune colestatică, cu niveluri crescute de fosfatază alcalină (cu sau fără hiperbilirubinemie) fiind caracteristica principală. Atunci când este implicat un singur medicament, diagnosticul poate fi relativ simplu, dar cu implicarea unei medicații complexe de regulă asociată insuficienței renale pe termen lung, suprimarea sau subdozarea acestora poate să fie dificilă. Pentru a facilita diagnosticarea unei leziunii hepatice induse medicamentos, au fost dezvoltate mai multe instrumente clinice pentru evaluarea cauzalității. Analiza istoricului trebuie să includă dozajul, calea de administrare, durata, administrarea anterioară și utilizarea oricăror medicamente concomitente, inclusiv medicamente și plante medicinale din categoria suplimentelor (fără prescripție medicală). Perioada de latență a reacțiilor medicamentoase idiosincratice este foarte variabilă; prin urmare, obținerea unui istoric al fiecărui medicament administrat în ultimele 3 luni este esențială. Debutul are loc de obicei între 5-90 de zile de la administrare.

Excluderea altor cauze ale leziunilor hepatice este esențială (hepatite, ciroză , leziuni hepatice etc). Monitorizarea în paralel a funcției renale este de asemenea necesară. Valorile paraclinice -uree, creatinină, rata filtrării glomerulare (RFG) include boala renală cronică în diferite grade de stadializare +/- hemodializă asociată. Progresia graduală a insuficienței renale impune automat o scădere a dozelor medicamentoase cu monitorizarea hepatică.

O eliminare pozitivă a medicamentului în cauză se manifestă printr-o scădere cu 50% a nivelului transaminazelor serice în aproximativ 8 zile de la întreruperea tratamentului. Recunoașterea precoce a reacțiilor hepatice induse medicamentos este esențială pentru a reduce leziunile. Monitorizarea nivelurilor enzimelor hepatice este adecvată și necesară cu o serie de agenți hepatotoxici (Acetaminofen, Amoxicilină, Amiodarona, Clorpromazină, Ciprofloxacina, Diclofenac, Eritromicină, Metildopa, Contraceptive orale etc). Pentru medicamentele care produc leziuni hepatice în mod imprevizibil, monitorizarea biochimică este mai puțin utilă. Valorile ALT/GOT sunt mai specifice decât valorile AST/GPT. Valorile ALT care cresc de 2 până la 3 ori de la administrare ar trebui să conducă la o vigoare sporită în ceea ce privește monitorizarea mai frecventă a pacientului iar în cazul creșterii de 4-5 ori mai mari decât intervalul de referință întreruperea promptă a medicamentului este necesară. Recomandările generale pentru evaluarea și monitorizarea hepatotoxicității potențiale induse medicamentos pot să nu fie potrivite pentru toate situațiile și ar trebui modificate pentru persoanele cu boli hepatice preexistente sau afecțiuni maligne.



Nu este indicat un tratament specific pentru hepatotoxicitatea medicamentoasă în boala renală cronică progresivă. Tratamentul este în mare parte simptomatic. Primul pas este întreruperea administrării medicamentului suspectat. Terapia specifică împotriva leziunii hepatice induse de acetaminofen este limitată la utilizarea N-acetilcisteinei în fazele incipiente. L-carnitina este potențial valoroasă în cazurile de toxicitate cu valproat. Hepatotoxicitatea este o complicație care poate să apară la toate clasele de medicamente, mai ales în asociere cu boala renală hemodializată. Cele mai multe cazuri se ameliorează după retragerea medicamentului. Este importantă recunoașterea și eliminarea agentului lezional cât mai repede posibil pentru a preveni evoluția către boală hepatică cronică și/sau insuficiență hepatică fulminantă.

Autor: Simona Vlasă

Asistent medical generalist - Asistent șef  
Centrul de Dializă Fresenius Nephrocare Vaslui



# Importanța activităților fizice

Activitatea fizică este definită ca orice mișcare a corpului produsă de mușchii scheletici cu necesitatea consumului de energie. Termenul „activitate fizică” nu este sinonim cu „exercițiu”. Exercițiile fizice sunt o subcategorie a activității fizice, acestea sunt structurate, repetitive și intenționate. Oamenii care practică exercițiile fizice ca parte esențială a rutinei lor sunt mai eficienți. Mișcarea nu înseamnă mersul la sala de sport sau la un club pentru activitate zilnică; înseamnă efectuarea unui efort fizic susținut în orice mediu nespecializat. Exercițiile fizice sunt utile în prevenirea sau tratarea bolilor coronariene, osteoporozei, diabetului zaharat, obezității și a depresiei.

Exercițiile de întărire oferă mușchilor rezistență adecvată pentru rezistența și forță. Exercițiile de reabilitare cardiacă sunt dezvoltate și individualizate pentru a îmbunătăți sistemul cardiovascular pentru prevenirea și reabilitarea afecțiunilor din bolile cardiace. Un program de exerciții bine echilibrat poate îmbunătăți sănătatea generală, creșterea rezistenței musculare cu încetinirea procesului de îmbătrânire. Beneficiile acestora nu numai că îmbunătățesc sănătatea fizică, ci și bunăstarea emoțională. Activitatea fizică regulată rămâne un comportament esențial pentru susținerea sănătății, amânarea sau prevenirea tulburărilor musculo-scheletice predominante, cum ar fi durerile mecanice lombare, durerile cervicale și de umăr și scăderea riscului de apariție a bolilor coronariene, a hipertensiunii arteriale, a diabetului, osteoporozei, obezității și neoplasmelor de colon.

Exercițiile fizice trebuie să facă parte din viața noastră de zi cu zi, dar este necesar să descoperim elementele potrivite individualizate. Exercițiile fizice sunt cheia pentru o sănătate bună și o minte proaspătă. Practicarea zilnică a unor activități fizice este o modalitate de eliberare a stresului. A fi în formă și a practica exerciții fizice pot include un curs de dans sau un nou hobby, cum ar fi scrima sau ciclismul montan etc. Ar putea fi o activitate de grup sau de echipă, cum ar fi fotbalul.

Aceste recomandări pot fi realizate prin 30-60 de minute de exerciții de intensitate moderată (de cinci ori pe săptămână) sau 20-60 de minute de exerciții de intensitate viguroasă (de trei ori pe săptămână) sau o combinație a ambelor tipuri. O sesiune continuă combinată cu mai multe sesiuni mai scurte (de cel puțin 10 minute) este, de asemenea, acceptabilă.

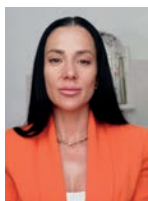
Există trei elemente majore în care activitatea fizică regulată și o bună condiție fizică contribuie optim la sănătate și bunăstare.

În primul rând, ele pot ajuta la prevenirea bolilor. Există dovezi considerabile că riscul hipocinetic poate fi mult redus în rândul persoanelor care fac activitate fizică regulată cu obținerea unei stări fizice bune. Practic, toate bolile cronice care afectează societatea sunt considerate a fi hipocinetice, deși unele sunt legate mai mult de inactivitate decât de altele. Organizațiile de Sănătate Publică au recomandat introducerea exercițiilor fizice asociate tratamentelor în limita posibilității impuse de patologie. Acestea reduc direct riscul în bolile cronice majore și, de asemenea, stimulează schimbări pozitive în ceea ce privește alți factori de risc asociați acestor patologii.

În al doilea rând, activitatea fizică și condiția fizică pot contribui semnificativ la tratamentul unor patologii. Exercițiile fizice regulate și de fitness s-au dovedit a fi eficiente în atenuarea simptomelor și cu recuperarea postprocedurală prin înlăturarea elementului hipocinetic în afecțiuni precum diabetul, post infarct miocardic, durerile lombare, traumatisme osteoarticulare, boli osteoporotice, boli autoimune, neoplasme tratate chirurgical etc. În cele din urmă, activitatea fizică este prezentată ca o metodă de promovare a sănătății și a bunăstării.

În al treilea rând, activitatea fizică îmbunătățește și starea psihică a persoanelor care nu suferă de nicio boală mentală. Sute de studii au demonstrat ameliorări în ceea ce privește starea de spirit, emoțiile, percepția față de sine și respectul de sine. De asemenea reduce anxietatea, îmbunătățește reacția la stres, calitatea și durata somnului. Exercițiile fizice au un efect benefic și asupra mentalului, memoriei, planificării și a procesului de luare a deciziilor. Activitatea fizică poate fi foarte benefică pentru persoanele în vârstă, reducând riscul apariției demenței și bolii Alzheimer.

Mișcarea nu numai că te ajută să fii în formă fizic, dar îți îmbunătățește sănătatea întregului corp și starea generală de bine. Activitatea fizică sau exercițiile fizice pot reduce riscul de a dezvolta mai multe boli precum diabetul de tip 2, cancerul și bolile cardiovasculare.



Autor: Irina Pânzaru  
Asistent medical generalist - Primăria Vaslui -  
Direcția de Asistență Socială



# ROLUL COLESTEROLULUI ÎN METABOLISMUL UMAN

Din cauza asocierii predictive bine stabilite între concentrația colesterolului plasmatic și boala ischemică a inimii, asociem colesterolul ca o substanță nocivă organismului. Trebuie reținut, totuși, următorul aspect: colesterolul este esențial pentru funcționarea normală a corpului uman. Mamiferele își satisfac toate cerințele pentru colesterol prin sinteza endogenă, iar pentru unele insecte care sunt nedotate cu enzimele necesare sintezei, colesterolul este un factor alimentar esențial.

Poate cel mai important rol al colesterolului este proprietatea de a fi un element structural esențial al membranelor tuturor celulelor și particulelor subcelulare. Conform ideilor actuale, membrana constă practic dintr-un strat dublu mixt format din moleculele de colesterol și fosfolipide, dispuse în unghi drept cu planul membranei astfel încât grupurile polare sunt orientate spre exterior pe ambele suprafețe, cu diverși alți constituenți încorporați în membrană. Colesterolul neesterificat nu poate participa la formarea membranei. Prin urmare, din moment ce cea mai mare parte a colesterolului din țesut este prezent în membrane, colesterolul din afara țesuturilor este predominant în formă liberă sau neesterificată. Pe lângă formarea membranelor celulare, colesterolul este constituent al lipoproteinelor plasmatic. Colesterolul liber al lipoproteinelor plasmatic este asociat cu proteine și fosfolipide pentru a forma o structură asemănătoare membranei care acoperă suprafața lipoproteinei moleculare și astfel permițând ca o mare parte din lipidele din plasmă să fie transportate sub formă solubilă.

Colesterolul este absorbit din jejun în prezența sărurilor biliare. După intrarea în celulele intestinale la nivelul mucoasei, este încorporat în chilomicroni, care intră în circulația sanguină pe calea sistemului limfatic. Proporția de colesterol din alimente care este absorbit depinde de aportul de colesterol și cantitatea de trigliceride din dietă. Trigliceridele tind să favorizeze absorbția colesterolului. Când aportul continuu de colesterol este mai puțin de aproximativ 300 mg/zi se absoarbe 40-60%.

Colesterolul este prezent în toate lipoproteinele plasmatic, dar mai mult de 60% din total în plasmă în lipoproteine de joasă densitate (LDL). Aproximativ două treimi din colesterolul din plasma totală este esterificat cu acizi grași cu lanț lung, acidul linoleic fiind acidul gras predominant prezent. Esterii de colesterol ai plasmei sunt într-o stare hidrofilă datorită hidrolizei lor continue și resintezei.



Hidroliza are loc în ficat, dar sinteza are loc în principal în plasmă prin transferarea unui reziduu de acid gras de la lecitină la colesterolul liber. Această reacție este catalizată de o enzimă plasmatică cunoscută ca lecitină: colesterol aciltransferaza sau LCAT. Substratul preferat pentru LCAT-ul uman este lipoproteina cu densitate mare (HDL) și se pare că cea mai mare parte a colesterolului esterificat din plasmă este formată din HDL, esterul de colesterol fiind apoi transferat de la HDL la LDL și VLDL, parțial în schimb cu trigliceridele. După cum s-a sugerat mai sus, rolul colesterolului liber în plasmă este de constituent structural al lipoproteinelor plasmatic, în același timp facilitând transportul trigliceridelor prin circulație. Principiu lui Glomset (1968), sugerează că, sinteza colesterolului se realizează în majoritatea țesuturilor corpului, dar poate fi eliminat în orice măsură semnificativă de către ficat. Lipoproteina LDL este structurată dintr-un miez micelar de lipide nepolare inclusiv trigliceride și ester de colesterol, înconjurate de o membrană cristalină lichidă de proteine și lipide polare (colesterol liber și fosfolipide) cu rol de transportor.

Corpul uman în condiții fiziologice conține aproximativ 2 g de colesterol pe kg greutate totală. O mare parte din aceasta este schimbabil cu colesterolul plasmatic. Echilibrarea dintre colesterolul plasmatic și cel tisular este complexă. În unele țesuturi, cum ar fi ficatul și intestinul subțire, echilibrul se realizează în câteva ore; în altele, cum ar fi pielea sau arterele, echilibrarea se realizează în decurs de zile sau săptămâni. Mai mult, proporția de colesterol total care este schimbat variază de la un țesut la altul. Din cauza acestor motive este dificil, dacă nu imposibil, de măsurat cantitatea totală de colesterol schimbabil din tot corpul. Uneori se presupune că totalul de masa de colesterol schimbabil trebuie să fie întotdeauna strâns corelată cu concentrația de colesterol plasmatic.

Deși poate exista în general tendința colesterolului de a se acumula în țesuturi producând modificări reduse sau insesizabile în concentrația plasmatică. În experimentele de laborator pe șobolani hrănirea cu colesterol a rezultat acumularea de esteri de colesterol în ficat fără creșterea perceptibilă a nivelului de colesterol plasmatic. Studiile privind echilibrul colesterolului pe subiecți umani de asemenea, au arătat prezența colesterolului în țesuturi fără o modificare semnificativă a cantității prezente în plasmă. Având în vedere acest lucru, efectele medicamentoase sau ale dietei asupra metabolismului colesterolului în ansamblu nu poate fi evaluată din efectul său numai pe colesterolul plasmatic cu recomandarea de prevenție cu un echilibru între sursele alimentare cu grăsimi saturate și nesaturate.

Autor: Elena Tilici  
Asistent medical principal licențiat  
Spitalul Județean de Urgență Vaslui



# *Calendula officinalis* L. (gălbenele)

Specia *Calendula officinalis*, din familia Asteraceae, denumită popular gălbenele sau filimină/filimică, este o plantă erbacee, anuală, mai rar bienală. Mirosul este aromat, iar gustul sărat amăru. Specia este originară din centrul, estul și sudul Europei. Este cultivată pe scară largă în țările mediteraneene și balcanice, în estul Europei și, în măsură mai mică, în Germania. Principalii furnizori ai produsului medicamentos sunt Polonia, Ungaria și Egipt.

Produsul vegetal este mult utilizat în medicina populară ca diaforetic, diuretic, spasmolitic, emenagog, antihelmintic. Se administrează de asemenea în tratamentul afecțiunilor hepatice. Trebuie să precizăm faptul că unele dintre aceste utilizări (de exemplu, ca diaforetic sau antihelmintic) nu sunt justificate prin compoziția chimică a produsului vegetal.

Cel mai frecvent, produsul vegetal se administrează sub formă de infuzie care se prepară astfel: peste 1 g de produs vegetal uscat și pulverizat se aduc 150 mL de apă fierbinte, după 5-10 minute se filtrează.

Produsul vegetal are proprietăți coleretice, emenagoge, spasmolitice, antiinflamatoare, cicatrizante, antibacteriene și antifungice

În medicina cultă, datorită efectelor antiinflamatoare și spasmolitice, extractele din *Calendulae Flos* se utilizează în tratamentul spasmelor de la nivelul tractului gastrointestinal, precum și în gastrită, colangită, colecistită, cistită. De asemenea, se mai administrează în tratamentul tulburărilor menstruale, în special al dismenoreelor, acțiunea emenagogă fiind mai evidentă la femeile anemice. Extern produsul vegetal se folosește sub formă de infuzii, tincturi și unguente în inflamații de la nivelul pielii și mucoaselor, răni, arsuri, (arsuri superficiale și puțin intense, eritem solar), ulcer varicos, degerături, erupții cutanate, înțepături de insecte.





Calendulae flos reprezintă unul dintre produsele vegetale intens studiate, dar pentru care nu se poate preciza interrelația dintre anumite componente identificate în produs și o anumită acțiune farmacologică relevantă.

Totuși unele dintre acțiunile extractelor totale pot fi atribuite anumitor componente astfel:

- Uleiul volatil dezvoltă efecte antibacteriene, antifungice și antitrichomonazice;



- Totalul flavonoidic acționează antiflogistic și coleretic;
- Esterii cafeoichinici au acțiune coleretică;
- Frațiunea saponozidică are proprietăți antiinflamatoare, hipolipemice, antibacteriene, antifungice, dar și citotoxice și antitumorale (in vitro);
- Sterolii dezvoltă efecte estrogenice;
- Poliholozidele acționează imunostimulator (stimulează granulocitoza).

Extrakte din Calendulae flos intră în compoziția unor preparate utilizate în tratamentul:

Afecțiunilor gastrointestinale și hepatobiliare: Galov G - comprimate se administrează în gastrite (ca adjuvant); Tarbedol - granule - în dispepsii, colecistopatii, colopatii funcționale, pancreatopatii cronice;

Afecțiunilor dermatologice: armon - cremă - se administrează în arsuri, plăgi; Hemogal - unguent - în arsuri, eriteme, Naturland Calendula - unguent - în sindrom varicos, acnee, arsuri, degerături ușoare.

La noi în țară se comercializează o multitudine de creme și unguente cu extracte obținute din flori de gălbenele, dar aproape toate nu sunt înregistrate ca medicamente, astfel încât nu se poate face o comparație între ele sub raportul calității, atâta vreme cât nu există indicații cu privire la raportul drog/extract și solvenții folosiți.

De asemenea, extracte din Calendulae flos intră în compoziția multor preparate cosmetice (săpunuri, creme, loțiuni).

Florile de gălbenele sunt folosite des în compoziția unor ceaiuri.



Resursă bibliografică: Plante medicinale de la A la Z, Autori: Ursula Stănescu, Monica Hăncianu, Oana Cioancă, Ana Clara Aprotosoiaie, Anca Miron

# MANAGEMENTUL PACIENȚILOR PEDIATRICI CU ASTM

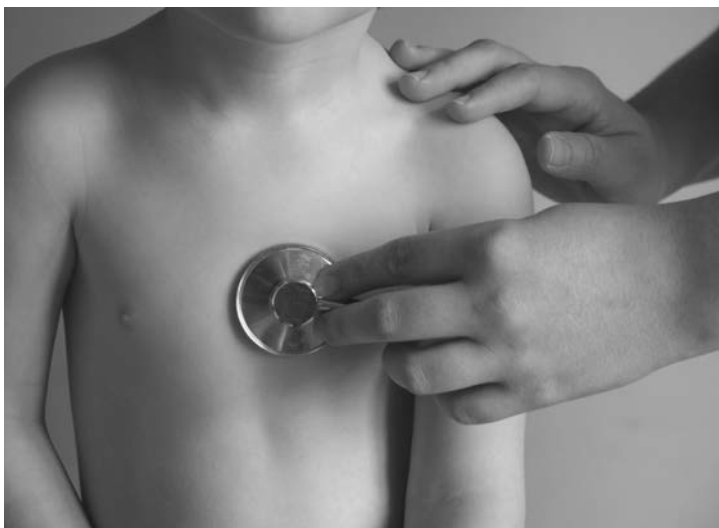
Astmul este definit ca o boală respiratorie cronică caracterizată prin episoade de respirație șuierătoare (wheezing), tuse și dificultăți de respirație (dispnee). Aproximativ 14% dintre copii, la nivel mondial sunt diagnosticați cu astm, fiind astfel cea mai diagnosticată boală cronică pulmonară a copilăriei. Controlul slab al astmului este asociat cu efecte negative asupra copilului prin scăderea randamentului școlar și prin dificultatea de integrare socială. Unii copii se vor confrunta cu simptome severe cu asocierea triadei specifice (wheezing, tuse și dispnee) care implică riscuri majore și necesită intervenție medicală de urgență.



În literatura de specialitate sunt definite multiple subtipuri de astm care manifestă un răspuns diferit la tratament. Identificarea caracteristicilor astmului și trăsăturile modificabile sau tratabile ar trebui să fie elementul inițial asociat diagnosticului. Spre exemplu astmul de natură intermitentă poate să nu manifeste simptome la momentul diagnosticului clinic. În plus, fenotipurile bolii nu sunt fixe și pot evolua în timp, necesitând revizuirea continuă clinică cu modificarea tratamentului. Managementul astmului bronșic este multifactorial și optimizat pentru control. O serie de tratamente farmacologice, non-farmacologice și aspecte care țin de autogestionare trebuie luate în considerare.

Tratamentul farmacologic al astmului presupune două componente cheie: terapii de întreținere și terapii continue. Terapiile de întreținere sunt pilonul principal al tratamentului pacienților astmatici. Ghidurile GINA (Global Strategy for Asthma) recomandă corticosteroizi inhalatori cu acțiune lungă și agonști beta-2 bronhodilatatori (BADGA) la copii cu vârsta de peste 5 ani. Terapia de ameliorare include adaptarea pe termen lung a medicației individuale bazat pe răspunsul clinic la diferite forme de tratament.

Există o serie de agenți biologici ca alternativă la cazurile mai complicate sau nereponsivi/alergici la medicația standard. Acestea sunt specifice endotipului, terapii vizate care trebuie utilizat numai sub supravegherea specialiștilor. Disponibilitatea și costul acestora variază de la o țară la alta și de la un sistem de sănătate la altul. Evaluare detaliată a cazului, cu aprobarea din partea unei comisii medicale specializate este necesară. Printre acestea se numără: Omalizumab ( Anticorp IgG1K care se leagă de porțiunea Fc IgE), Dupilumab (Se leagă de componenta alfa a IL-4 receptor cu blocarea IL-4 și IL-13 pentru stimularea celulelor B73), Mepolizumab-Reslizumab (Se leagă de citokinele IL-5 rezultând în reducerea eozinofiliei periferice cu reducerea inflamației la nivelul căilor respiratorii) și Benralizumab (Se leagă de componenta receptor alfa a IL-5 , rezultând o activare redusă a eozinofilelor din IL-583).



Ghidurile GINA 2021 indică reducerea medicației treptat până la cele mai mici doze atunci când s-a realizat controlul simptomatologiei timp de cel puțin 3 luni. Când apare posibilitatea de reducere sau renunțare la tratament, un raport risc-beneficiu individualizat trebuie realizat cu accent pe istoricul medical al copilului, inclusiv frecvența utilizării corticosteroizilor orali, frecvența crizelor de astm și intensitatea anterioară pentru optimizare corespunzătoare.

Crizele de astm ar trebui cuantificate. Este esențial ca o revizuire post-atac să fie efectuată pentru a adapta tratamentul la nevoile pacientului, deoarece există riscul unei subdozări. Neexaminarea pacienților după criză fără modificarea tratamentului acolo unde este cazul, crește predispoziția la atacuri viitoare, care ar putea pune viața pacientului în pericol. Managementul actual al crizei astmatice ar trebui revizuit pentru a se asigura că tratamentul este adecvat și simptomele sunt ameliorate. Unele persoane pot necesita suplimentarea dozelor de corticosteroizi orali pentru ameliorarea simptomelor.

Standardele actuale de calitate NICE afirmă că toate persoanele spitalizate cu o criză de astm ar trebui să primească o reevaluare a stării de sănătate în termen de două zile de la atac, pentru a revizui managementul întreținerii și să se asigure managementul eficient al simptomelor. Cu toate acestea, Sondajul European efectuat asupra pacienților cu astm în 2018, a constatat că 64% dintre respondenți nu au beneficiat de evaluare post-criză, iar majoritatea pacienților (părinților) nu știau că acest element este necesar.

Tratamentul non-farmacologic al astmului include educația privind factorii de risc modificabili și managementul comorbidităților asociate de către părinții sau îngrijitorii copiilor cu efectuarea de controale clinice și paraclinice anuale. Informațiile privind factorii de risc modificabili, cum ar fi expunerea la fum, poluanții domestici și obezitatea reprezintă elemente prioritare în tratament. Pe termen scurt intervențiile educaționale au vizat îmbunătățirea autogestionării cu un răspuns pozitiv la tratamentul medicamentos și îmbunătățirea controlului simptomelor cu reducerea mortalității.

Copii diagnosticați cu astm bronșic necesită cel puțin o vizită anuală la medicul pediatru pneumolog. Aceste reevaluări se concentrează asupra controlului și managementului simptomelor curente, analiza reacțiilor fulminante anterioare, revizuirea factorilor de risc modificabili și elaborarea unui plan de acțiune individual pentru astm (PAAP). De asemenea se va pune accent și pe tehnic (inclusiv utilizarea distanțierului) utilizării inhalatorului pentru părinții/îngrijitori și copii. Tehnica slabă de aplicare a inhalatorului determină o rată crescută de complicații asociate patologiei pe termen lung.



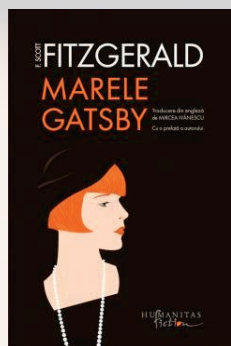
Managementul astmului pediatric se află într-o continuă schimbare. Utilizarea tot mai mare a tehnologiei în tratamentul astmului pediatric are un potențial imens pentru îmbunătățirea rezultatelor clinice. Aplicațiile pentru smartphone pot fi folosite pentru a furniza informații despre medicație dacă sunt utilizate corespunzător. De asemenea tehnologia poate fi folosită pentru a oferi conținut educațional atractiv copiilor și părinților prin elaborarea unui program individual de astm. Noile inhalatoare cu tehnologie SMART, sunt dispozitive care pot oferi informații legate de utilizarea corectă a acestora, respectiv oferă clinicianului o imagine a numărului de episoade fulminante cu posibilități de modificare a tratamentului (doză sau substanță activă).

Rezultatele managementului astmului pediatric sunt în prezent suboptimе și multe complicații ar putea să fie evitate. Scopul ar trebui să fie evitarea crizelor de astm care apar. Pentru a îmbunătăți rezultatele, diagnosticul precis și managementul sunt esențiale. Îngrijirea corespunzătoare a pacienților care suferă de astm se extinde dincolo de furnizarea de medicamente și ar trebui să includă educația, precum și autogestionarea susținută prin sfaturi adecvate.



Autor: Mihaela Brînză  
Asistent medical principal licențiat  
Spitalul Județean de Urgență Vaslui

# Ce mai citim?

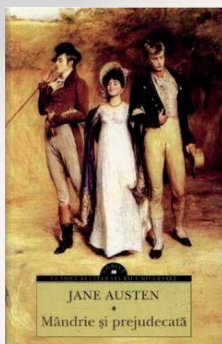


Capodopera lui F. Scott Fitzgerald, *Marele Gatsby*, publicată pe 10 aprilie 1925, a câștigat în timp în valoare: considerată inițial o carte spectaculară despre „generația pierdută”, astăzi ocupă unul dintre primele locuri pe lista celor mai bune romane ale secolului XX alcătuită de publicația New York Times. S-a bucurat de mai multe ecranizări și se estimează că s-au vândut în peste 25 de milioane de exemplare, cu traduceri în peste 40 de limbi.

„Odată cu noul meu roman m-am cufundat cu totul într-o operă de creație pură [...], în imaginarea neîntreruptă a unei lumi reale, și totuși strălucitoare.” – F. SCOTT FITZGERALD, în scrisoarea către editorul Maxwell Perkins, cca 10 aprilie 1924

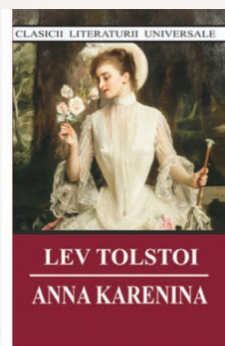
„Cred că romanul este o minune.” – MAXWELL PERKINS, în scrisoarea către F. Scott Fitzgerald din 14 noiembrie 1924

Preț: 35 lei la [carturesti.ro](http://carturesti.ro)



„Astăzi nimeni nu o poate ignora pe domnișoara Austen. Ea este mai înfloritoare ca oricând. Cărțile ei figurează pe listele de bestselleruri, ecranizări ale romanelor sale nu conțin să apară pe micul sau marele ecran, într-un vârtej de baluri, călătorii cu trăsura, plimbări prin păduri primitoare. Ea provoacă simpatii feministe, identificări romantice, nostalgia parcurilor tematice, reînșuflețiri ale spiritului epocii georgiene, aprecierea conservatorilor, aprobarea marxiștilor, omagii literare, abordări critice deconstructiviste. Omagiul marelui public este egalat pe deplin de aprecierile criticilor. Această renaștere pe frontul criticii, care durează de mai multe generații, își dă întâlnire acum cu popularitatea generală, post-modernă, a scriitoarei, cu revirimentul clasic al citatelor din operele sale. Aparent retrasă față bătrână din Chawton, căreia îi displăcea orașul Bath, evita măritișul, își ascundea manuscrisele când începea să scârțâie ușa și lucra cu mîgălă pe plăcuțe de fildeș de doi inchi, a devenit un obiect al idolatriei universale, spre încântarea celor mai diferiți lectori.” - Malcolm Bradbury

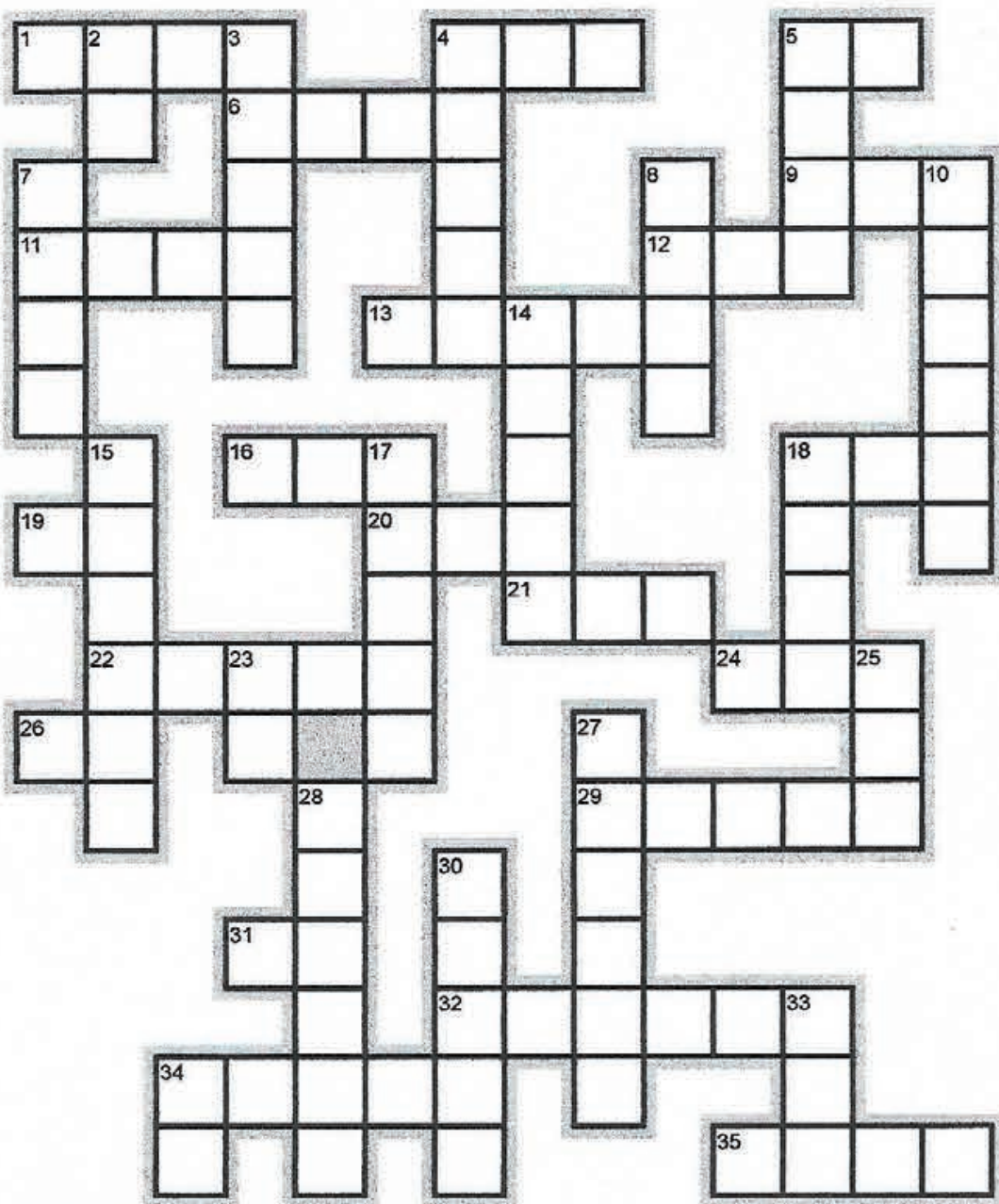
Preț: 34,9 lei la [carturesti.ro](http://carturesti.ro)



În acest roman al lui Tolstoy avem parte de dragoste, destin, autodistrugere. Pare că Anna Karenina are totul: frumusețe, bogăție, simpatie și un fiu pe care îl divinizează. Dar simte că viața îi este goală până când îl întâlnește pe contele Vronsky. Povestea lor de dragoste scandalizează familia și societatea, aducând la suprafață gelozia și înverșunarea. În contrast cu această poveste de dragoste și autodistrugere stă povestea lui Levin, un bărbat care se străduiește din răsuputeri să-și afle sensul vieții, care poate fi chiar autoportretul lui Tolstoy. "Când îl citești pe Turgheniev, știi că îl citești pe Turgheniev. Când îl citești pe Tolstoy, o faci pentru că nu te poți opri." - Vladimir Nabokov

Preț: 39 lei la [carturesti.ro](http://carturesti.ro)

# Cuvinte încrucișate





## Dezlegați careul de cuvinte alăturat folosind indiciile de mai jos

- |                         |                                 |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1. Secretata de ficat   | 22. legate                      |
| 4. Pericol pe mare      | 24. Nu asta                     |
| 5. Alina Luca           | 26. Expert                      |
| 6. Sens                 | 29. Vultur                      |
| 9. A se ivi             | 31. Adriana Trandafir           |
| 11. Multime de oameni   | 32. Boala a ficatului           |
| 12. Uimire              | 34. Cord                        |
| 13. De scris temele     | 35. Personaj din desene animate |
| 16. Unitati de masura   |                                 |
| 18. In focul intrecerii | 2. Ion Tocu                     |
| 19. Asezat sus          | 3. Zona                         |
| 20. Nobil polonez       | 4. Butoniera la stomac          |
| 21. Ei topaie           | 5. Prieten                      |
|                         | 7. Gust de fiere                |

### Cuvintele utilizate în tabel:

ACERA AIA AL AMAR AMIC APA APTER AREAL ARI AS ASTM AT BILA  
CAIET CIROZA DINO FICAT IMENS IN INAMIC INIMA IR ISTRIA IT ITI  
LASERE MASA OCA PAN PE REDUSA ROST SAR SOC SOS STOMA TOI  
TRAI UNITE



"Credem în puterea noastră de a promova și îmbunătăți imaginea asistențelor medicali din județul Vaslui"

"Reproducerea integrală sau parțială a textelor sau ilustrațiilor din revista RESPECT - pentru și despre asistenții medicali din județul Vaslui" este posibilă numai cu acordul prealabil scris al OAMGMAMR Filiala Vaslui. RESPECT - pentru și despre asistenții medicali din județul Vaslui este o publicație trimestrială a OAMGMAMR Filiala Vaslui.

Grup editorial:

Redactor-șef: Gabriela Epure

Art Director: Ioana Epure

Managing Editor: Elena Tilici

Contact: [revista.oammrvs@yahoo.com](mailto:revista.oammrvs@yahoo.com)

Sursă imagini: freepik.com

Revista a fost realizată folosind:  
Canva Pro



Tipografie: pimcopy





# OAMGMAMR Filiala Vaslui



## Program cu publicul:

Luni: 12:00 - 16:00

Marti: 8:30 - 15:00

Joi: 8:30 - 15:00

## Contact

ADRESA: Vaslui, strada Eternității, numărul 8B

TELEFON: 0743 160 368 sau 0235 322 733

E-MAIL: [vs-secretariat@oamr.ro](mailto:vs-secretariat@oamr.ro)

WEBSITE: [www.oamrvaslui.ro](http://www.oamrvaslui.ro)

FACEBOOK: pagină - Oamgmamr filiala Vaslui  
grup - Ordinul Asistenților Medicali Vaslui

PLATFORMĂ CURSURI ON-LINE:

<https://oamrvs-emc.ro/>

# RESPECT

RAȚIUNE • ECHITATE • SĂNĂTATE • PASIUNE • EMPATIE • CURAJ • TIMP

PENTRU ȘI DESPRE ASISTENȚII MEDICALI DIN  
JUDEȚUL VASLUI



**AUGUST 2022**