



Decembrie 2019

Cuvânt înainte

Revista eAsistent și-a propus să ofere membrilor un spațiu de exprimare, să fie vocea și legătura cu întreaga profesie, cu realitățile lumii medicale.

Prin revista eAsistent vom pune în valoare și vom cultiva o legătură permanentă între profesioniștii din domeniul medical.

În fiecare lună, vă propunem să vă alăturați colectivului de redacție sau grupului nostru de cititori activi.

Aveți o poveste frumoasă pe care vreți să o împărtășiți? Aveți un coleg care a realizat ceva special și vreți să vorbiți despre asta? Sărbătoriți ceva cu totul deosebit la locul de muncă și nu știți nici un jurnalist care să vrea să scrie despre asta? Contactați-ne și vă vom asculta povestea.

Sunteți mândră de profesia pe care o aveți? Ne-ați citit, ați căutat anumite informații și vreți să știți mai multe despre anumite subiecte? Spuneți-ne ce ați dori să găsiți în paginile revistei și vom ține cont de sugestiile dumneavoastră.

Când sunteți alături de noi, ne ajutați să fim mai buni. La fel ca și revista care vă aparține.

Cu drag,

Colectivul de redacție

EDITORIAL

Sărbători fericite și La Mulți Ani, 2020! 4

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Cele mai importante descoperiri medicale ale deceniului – partea I 7

EVENIMENT

1 decembrie, Ziua Mondială anti-HIV/SIDA – Comunitățile pot face diferența! 13

12 decembrie – Lansarea Ghidului European Society for Medical Oncology (ESMO) al Supraviețuitorului de Cancer (în limba română) 15

2020 - Anul Asistenților Medicali și a Moașelor 17

INTERVIU

Adevărul despre cancer 19

ISTORIE

Retrospectivă istorică asupra transplantului 25

LUMEA MEDICALĂ

Scurtă prezentare a raportului "State of Health in the EU, România - profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea" 31

CĂRȚI MEDICALE

Creierul – Povestea Noastră 38

Practical Diabetes Care 39

Medicina povestită pe înțelesul tuturor 40

ECHIPA EDITORIALĂ 41



Sărbători fericite și La Mulți Ani, 2020!

Dragi colege și colegi, vă trimit cele mai bune gânduri pentru un an nou cu sănătate și împliniri pe plan personal și profesional!

Sunt convinsă că profesia noastră va continua să se dezvolte și că noi, slujitorii ei, vom fi mai apreciați în **2020, declarat de Organizația Mondială a Sănătății drept Anul Asistenților Medicali și al Moașelor.**

Dintre evenimentele lunii decembrie, remarcăm Ziua Mondială anti-HIV/SIDA (1 decembrie). Cu această ocazie, Organizația Mondială a Sănătății subliniază în mod special contribuția decisivă pe care o aduc comunitățile pentru eradicarea epidemiei HIV.

În același timp, OMS atrage atenția și că este nevoie de o participare mai largă și puternică pentru întărirea asistenței medicale primare.

Un alt eveniment important, în special pe plan intern, a fost lansarea, pe 12 decembrie, a traducerii în română a *Ghidul supraviețuitorului de cancer*, elaborat de European Society for Medical Oncology (ESMO) și European Cancer Patient Coalition (ECPC) în colaborare cu Psycho-Oncology Society (IPOS), o lucrare fundamentală pentru toți pacienții, familiile și prietenii lor, dar și pentru profesioniștii din domeniul oncologic.

La secțiunea *Educație medicală* vă aducem, începând cu acest număr, în câteva episoade, descoperirile din ultimul deceniu considerate cele mai de impact de către profesioniștii din sistemul medical din Marea Britanie.

Secțiunea *Lumea medicală* include o Scurtă prezentare a raportului "State of Health in the EU, România - profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea". Raportul subliniază particularitățile și provocările pentru România, în contextul unor comparații între țări și poate sprijini factorii de decizie și pe cei care influențează decizia, oferind un mijloc pentru învățare reciprocă și schimbări prin care să fie asimilate practici care au funcționat în alte țări europene.

Interviul lunii este o traducere și adaptare a unei discuții cu Dr. George Demetri, profesor asociat de medicină la Harvard Medical School, director al Centrului pentru Sarcoma și Oncologie osoasă din Dana-Farber Cancer Institute, director al Centrului Ludwig din Dana-Farber / Harvard Cancer Center și director executiv pentru Cercetări clinice și translaționale la Institutul Ludwig pentru Cercetarea Cancerului.

La secțiunea *Istorie*, aflăm că evoluția transplantului de organe în ultima jumătate de secol este una dintre marile reușite ale medicinei și că dezvoltarea rapidă a domeniului începând cu anii 1970, combinată cu factori precum creșterea numărului populației vârstnice, a determinat explozia cererii de țesuturi și organe donate la care asistăm în ultimii ani.

Doresc să remarc și recomandările editoriale ale lunii decembrie – *Creierul – Povestea Noastră*, de David Eagleman, *Practical Diabetes Care*, de David Levy și *Medicina povestită pe înțelesul tuturor*, de Dr. Vasi Rădulescu.

Împreună cu echipa editorială, vă dorim lectură plăcută și vă facem invitația deschisă și mereu de actualitate să vă alăturați echipei noastre de autori.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București

Cele mai importante descoperiri medicale ale deceniului – partea I

În ultimul deceniu, s-a făcut un număr semnificativ de descoperiri și salturi calitative în domeniul medicinei, s-au găsit noi remedii și tratamente și s-au făcut progrese importante în cercetările genetice sau cele legate de celulele stem.

Vă aducem, în câteva episoade, descoperirile considerate cele mai de impact de către profesioniștii din sistemul medical din Marea Britanie.

Terapiile țintite anti-cancer

Melanomul este unul dintre cele mai letale cancere de piele, deoarece se răspândește în mod agresiv, iar melanomul metastatic are o prognoză proastă, rezistând chimioterapiei.

Remarcabila descoperire a posibilității activării unor mutații în gena



numită BRAF, prezentă în aproape jumătate dintre toate melanoamele și responsabilă pentru proliferarea necontrolată a celulelor – a permis dezvoltarea unor terapii țintite anti-cancer, care urmăresc să oprească această creștere a tumorii.

În plus, progresele din imunoterapie – anti-corpi care țintesc direct melanomul – au revoluționat peisajul terapeutic pentru melanoamele metastatice, recurente sau în stadii avansate.

Iar descoperiri similare au fost și sunt făcute pentru multe alte tipuri de cancer.

Vaccinul anti-HPV

Acest vaccin, care protejează împotriva infecției cu virusul Papiloma Uman (HPV), a fost prescris pe scară largă în ultimul deceniu.



Vaccinurile anti-HPV sunt foarte eficiente în prevenirea infecțiilor cu diversele tulpini HPV când sunt administrate înainte de expunerea inițială la virus – ceea ce înseamnă înainte de începerea vieții sexuale.

O meta-analiză desfășurată în 2019 pe programele de vaccinare anti-HPV din 14 țări, care au inclus 60 de milioane de persoane vaccinate, a adus dovezi clare pentru eficacitatea vaccinurilor.

De exemplu, comparativ cu perioada de dinaintea începerii vaccinării, s-au înregistrat următoarele rezultate:

- infecțiile cu tulpinile HPV 16 și 18 au scăzut cu 83% în rândul fetelor în vârstă de 15-19 ani și cu 66% în rândul femeilor în vârstă de 20-24 ani la până la 8 ani după ce a început vaccinarea.

Prevalența leziunilor pre-canceroase care pot duce la cancerul de col uterin a scăzut cu 51% în rândul fetelor în vârstă de 15-19 ani și cu 31% în rândul femeilor în vârstă de 20-24 ani la până la 9 ani după ce a început vaccinarea.

Până acum, s-a arătat că protecția împotriva tulpinilor HPV țintite de vaccinuri a ținut cel puțin 6 ani și până la cel puțin 9-10 ani, în funcție de tipul de vaccin.

Cu cât va fi folosit pe scară mai largă, cu atât vor crește șansele de eliminare a cancerului de col uterin în următorii 20-30 de ani, odată cu răspândirea serviciilor de screening.

Progresul terapiilor contra cancerului de sân

Cercetătorul și chirurgul oncolog Dennis Holmes, doctor în medicină, subliniază că s-au înregistrat progrese importante ale terapiilor contra cancerului de sân, care duc la tratarea eficientă a cancerului



În timp ce permit și îmbunătățirea calității vieții pacienților. Dintre progresele făcute, remarcăm folosirea mai ținută a radioterapiei sau a chimioterapiei, chirurgia nodulilor limfatici și apariția tehnicilor ne-chirurgicale de tratare a cancerului de sân.

De exemplu, în cazul radioterapiei, au început să se folosească, deși încă pe scara destul de mică:

- Radioterapia intraoperatorie – administrată în timpul intervenției chirurgicale, după excizia tumorii, pentru a trata cu radiații zona tumorală, deoarece aceasta poate conține prelungiri microscopice ale cancerului. În acest caz, celulele canceroase rămase în zonă vor fi distruse prin administrarea unei singure ședințe de iradiere chiar în timpul operației.

Această formă de radioterapie asigură iradierea localizată și un control tumoral localizat, cu eficacitate ținută.

- Brahiterapia ("radioterapia internă"), care implică amplasarea de surse radioactive în interiorul sau în apropierea tumorii, ce aruncă o doză mare de radiație în volumul tumoral și reduce expunerea la radiații a țesuturilor sănătoase.

Mulțumită chirurgiei oncologice moderne și a acestor noi forme de radioterapie, ratele de recidivă a cancerului de sân sunt acum mai mici de 5% în următorii 10 ani după tratament.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

<https://www.msn.com/en-gb/health/familyhealth/the-biggest-medical-discoveries-of-the-decade—and-how-they-impact-you/ss-BBX4deV?ocid=spartandhp>

<https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-vaccine-fact-sheet>

Sursa foto 1 - articolul "The biggest medical discoveries of the decade", www.msn.com

Sursa foto 2 - <https://www.csid.ro/>

Sursa foto 3 - www.labroots.com



1 decembrie, Ziua Mondială anti-HIV/SIDA – Comunitățile pot face diferența!

Comunitățile au fost și sunt o forță importantă pentru succesul răspunsului împotriva HIV/SIDA.

Mii de lucrători de sănătate din comunități, membri ai rețelelor anti-HIV/SIDA, mulți dintre aceștia trăind cu virusul sau fiind afectați de epidemie, și membri ai publicului larg au contribuit la atingerea

unor “cifre” pe care foarte puțini le credeau posibile – dintre cele aproape 38 milioane de persoane care trăiau cu HIV la sfârșitul anului 2018, 79% au fost testate, 62% au primit tratament și 53% au ajuns la supresia virusului HIV, prezentând un risc redus de a infecta alte persoane.

Cu ocazia Zilei Mondiale anti-HIV/SIDA de anul acesta, Organizația Mondială a Sănătății a dorit să sublinieze în mod special această contribuție decisivă pe care o aduc comunitățile pentru eradicarea epidemiei HIV.

În același timp, OMS atrage atenția și că este nevoie de o participare mai largă și puternică pentru întărirea asistenței medicale primare.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Adaptare după:

<https://www.who.int/campaigns>

https://www.unaids.org/en/resources/campaigns/WAD_2019

Sursa foto: <https://www.who.int/campaigns>

12 decembrie – Lansarea Ghidului European Society for Medical Oncology (ESMO) al Supraviețuitorului de Cancer (în limba română)

Acum, în lume, se înregistrează un număr în creștere accelerată al supraviețuitorilor de cancer, fenomen datorat unei conștientizări mai bune în rândul populației, programelor de screening ce permit depistarea mai precoce, precum și eficacității crescute a tratamentelor și gestionării din ce în ce mai bune a perioadei post-tratament.

În acest context, Ghidul supraviețuitorului de cancer, elaborat de European Society for Medical Oncology (ESMO) și European Cancer Patient Coalition (ECPC) în colaborare cu Psycho-Oncology Society (IPOS), lansat și în română pe 12 decembrie, este o lucrare fundamentală pentru toți pacienții, familiile și prietenii lor, dar și pentru profesioniștii din domeniul oncologic.

“Îngrijirea din perioada de supraviețuire include gestionarea problemelor legate de controalele medicale, gestionarea efectelor secundare tardive apărute în urma tratamentului, îmbunătățirea calității vieții și îmbunătățirea sănătății psihologice și emoționale” (Definiție, pagina 3).



Toate aceste aspecte reprezintă axele primordiale ale gestionării eficiente a cancerului ca boală cronică.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Adaptare după:

<https://www.esmo.org/content/download/268373/4765760/file/ESMO-Ghid-al-Pacientului-Supravietuire.pdf>

<https://www.hotnews.ro/stiri-sanatate-23547517-ziua-internationala-supravietuitorului-cancer-cancerul-este-doua-cauza-deces-din-lume-aproape-10-milioane-oameni-pierd-anual-lupta-boala.htm>

2020 - Anul Asistenților Medicali și al Moașelor

Și, înainte să închidem secțiunea Evenimente pentru anul 2019, dorim să vă amintim că Organizația Mondială a Sănătății a declarat anul 2020 drept Anul Asistenților Medicali și al Moașelor.

În 2020, sărbătorim bicentenarul nașterii fondatoarei nursing-ului modern, Florence Nightingale. Un motiv în plus pentru ca OMS să marcheze rolul esențial pe care asistenții medicali și moașele îl joacă în furnizarea serviciilor de sănătate.

Dumneavoastră sunteți cei care va devotați îngrijirii mamelor și copiilor sau vaccinării care salvează vieți.

Dumneavoastră aveți grijă de persoanele în vârstă și, în general, de acordarea de îngrijiri pentru care nevoia este esențială, zi de zi, mai ales că, de multe ori, sunteți primii și singurii profesioniști ai sistemului în comunitățile voastre.

Ca urmare, creșterea accesului universal la serviciile de sănătate nu se poate realiza fără ca societatea și sistemul de sănătate să recunoască rolul vital pe care îl jucați și fără să investească mai mult în dezvoltarea profesiei dumneavoastră și a forței de muncă pe



care o reprezentați.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Adaptare după:

<https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/01/01/default-calendar/2020---year-of-the-nurse-and-the-midwife>



Adevărul despre cancer

Traducere și adaptare a unui interviu cu Dr. George Demetri, director al Centrului pentru Sarcoma și Oncologie osoasă din Dana-Farber Cancer Institute, director al Centrului Ludwig din Dana-Farber / Harvard Cancer Center și director executiv pentru Cercetări clinice și translaționale la Institutul Ludwig pentru Cercetarea Cancerului. De asemenea, este profesor asociat de medicină la Harvard Medical School. Articolul a fost publicat în www.pbs.org

Ne puteți explica ce este cancerul și ce sunt metastazele?

R: Foarte simplu explicat, cancerul este o creștere necontrolată a celulelor, care obstrucționează apoi mecanismele normale de lucru ale corpului. Pe de altă parte, metastaza este un grup de celule canceroase care au migrat din locurile în care s-au dezvoltat în corp și acum trăiesc în altă parte în interiorul corpului. Problema cu metastazele este că acestea se interpun în calea funcționării normale a organului în care se găsesc. Cu alte cuvinte, celulele canceroase ale sânului pot metastaza sau răspândi în plămân și pot afecta funcția pulmonară. S-ar putea răspândi la nivelul sistemului osos și provoca durere. S-ar putea răspândi la creier și provoca probleme majore.

În ultimii 50 de ani s-a studiat modul în care cancerul debutează într-un loc, dar apoi se deplasează în altă parte prin corp, fie aproape de locul în care a debutat, de multe ori într-un ganglion limfatic, fie departe de unde a început (de exemplu, dacă începe în sân, se poate duce spre ficat sau creier). Când merge foarte departe de locul în care a debutat, vorbim despre o metastază îndepărtată. Cele apropiate, precum o metastază nodală sau o metastază regională, pot da informații importante despre faptul că o celulă canceroasă are potențialul de a se răspândi la distanță prin corp și de a risca să ucidă pacientul.

Dacă un cancer s-a răspândit deja la distanță în corp, acesta reprezintă cu adevărat un prognostic sumbru pentru pacientul respectiv. În general, la ratele de supraviețuire comune la cancer pentru o perioadă de peste 10 de ani, să zicem că, din momentul unei metastaze la distanță, ar supraviețui mai puțin de 1 din 10 pacienți sau chiar 1 din 20. Deci, este un lucru foarte rar. Nu știm ce îi face pe acești pacienți suficient de norocoși să trăiască atât de mult, dar marea majoritate a pacienților, 9 din 10, poate chiar 19 din 20, ar muri din cauza cancerului lor, odată ce s-a răspândit la distanță.

Care sunt principalele cauze ale deceselor prin cancer?

R: În Statele Unite, în acest moment, principalele cauze ale deceselor prin cancer se datorează cancerului comun, precum cancerul pulmonar, cancerul colorectal, cancerul de sân, cancerul pancreatic. Cu siguranță vedem în această listă și cancere de sânge precum leucemii și limfoame, precum și cancere de prostată.

Ne puteți explica, în cel mai simplu mod posibil, cum debutează cancerul?

R: Există încă multe cercetări în derulare în legătură cu ce declanșează cancerul. Care este primul lucru care se întâmplă? Și cum se face că o celulă face o greșală în ADN-ul său, care dă naștere unei proteine care nu funcționează corect și care duce la creșterea și divizarea anormală a celulelor și, în cele din urmă, care nu va rămâne unde trebuie, ci se va răspândi prin corp? La bază, este vorba despre o celulă care face o greșală în codul vieții, în ADN. Există diferite locuri în ADN care pot face această greșală ce poate da naștere la diferite proteine mutante, ce pot da naștere, la rândul lor, unor semnale diferite, care determină celula canceroasă să acționeze aberant. Situațiile în care o celulă acționează ca o celulă anormală în interiorul corpului pot fi foarte variate, la fel ca tipul de proteine pe care celulele le produc, și unde se poate face o greșală, ceea ce înseamnă că aceste cancere comune sunt foarte complicate.

Așa se explică și faptul că găsim diferențe foarte mari dintre cancerul unei persoane și cancerul altei persoane, chiar dacă poartă același nume, cancer. Chiar dacă ambele persoane au cancer la sân sau cancer pulmonar, este posibil ca celulele să fi făcut multe greșeli diferite, de aici și deosebirile dintre boala declanșată de ele.

De multe ori sunt întrebat dacă într-adevar cancerul începe cu o singură celulă. O întrebare interesantă este dacă acea celulă produce o mutație, chiar este suficientă o mutație pentru a cauza cancer sau este nevoie de un anumit număr de mutații? Este nevoie de un anumit număr de greșeli pentru a duce la cancer? Există

dovezi concludente că celulele fac greșeli tot timpul, dar corpul le combate. Organismul poate recunoaște că celula respectivă este mutantă și o distruge sau dacă celula face o greșeală, se sinucide și moare. Avem atât de multe sisteme de protecție în corpul nostru pentru a preveni cancerul, este remarcabil. În acest caz, procesul este mult mai complex.

În ce măsură, dacă am avea mai mulți bani pentru cercetare și detectare timpurie (versus sumele alocate pentru tratament), ar exista rezultate mai bune în rezolvarea cancerului?

R. Nu sunt sigur că aceasta ne-ar rezolva problema. Este ca și cum ți-ai fi propus să construiești un reactor nuclear în anul 1492. Chiar dacă s-ar fi alocat tot PIB-ul mondial din 1492 pentru rezolvarea acestei probleme, tot nu ar fi fost posibil. Tehnologia de la acel moment nu ar fi permis realizarea proiectului. Așadar, cred că este vorba despre locul în care ne aflăm ca societate care își alocă resursele pentru impactul maxim și cum putem învăța din lecțiile învățate despre boală la pacienții în stadii avansate, ceea ce ne va ajuta să găsim soluții pentru prevenție și detectarea timpurie.

Vă voi da un exemplu, unul dintre cele mai interesante proiecte la care lucrăm acum la pacienții cu boală metastatică este să putem dezvolta un test de sânge mai precis. Toți ne dorim să putem identifica problema cât mai devreme, pentru că acest lucru va avea cel mai mare impact.

Pe de altă parte, aș adăuga și că oamenii de știință mai realiști sunt cei care au succes, deoarece știu ce pot face. Ei știu că, oricât vor forța limitele tehnologie actuale, nu vom reuși să facem genul de teleportare pe care o vedeți în Star Trek, deoarece nu avem condițiile tehnologice. Poate modelul acesta este de succes într-o emisiune TV, dar nu este real. În știință, trebuie să încerci să te gândești la descoperiri, dar să funcționezi în mod incremental, pas cu pas, și vedem că această muncă incrementală duce la descoperiri, în anumite momente.

Oricum, cei mai mulți dintre noi privim cancerul de sân și cancerul de colon ca fiind tumori în care detectarea precoce poate face o mare diferență, acolo unde funcționează programele de detecție timpurie. În alte țări, de exemplu, în Asia, depistarea timpurie a cancerului de stomac, deoarece cancerul de stomac este mult mai frecvent acolo, a făcut ca oamenii să trăiască mai mult. Așadar, cred că detectarea precoce este importantă și cred că, de asemenea, va fi personalizat screening-ul. Nu ar avea niciun sens să încerci să detectezi mai devreme o boală foarte rară, dacă nu ai un test foarte simplu, care să fie nedureros și ieftin.

De ce tratamentele convenționale de chimioterapie produc efecte secundare?

R. Medicamentele standard pentru chimioterapie în cancer sunt, în general, otrăvuri care pot ucide celulele care se divizează, celule care fac copii ale lor. Celulele canceroase fac copii ale lor, dar asta fac și unele celule normale. Celulele normale precum celulele responsabile de creșterea părului sau cele din măduva osoasă care creează noi celule din sânge. Acest proces de diviziune celulară este esențial. Acesta este și motivul pentru care chimioterapia veche funcționează pe principiul uciderii nespecifice a tuturor celulelor care se divizează și are toate aceste reacții adverse asupra celulelor normale.

De-a lungul timpului o serie de tratamente care păreau răspunsul pentru cancer și-au dovedit eficiența limitată. Ce se va întâmpla dacă același lucru va fi valabil și pentru terapiile țintite și medicamentele inteligente? Dacă nu ajută decât câteva tipuri de cancer?

R. Știți că aceasta reprezintă o problemă foarte importantă legată de așteptările publicului. Cred că mulți dintre noi am crescut în epoca războiului împotriva cancerului și, atunci când este război, așteptarea este că te vei trezi într-o zi și s-a semnat un tratat de

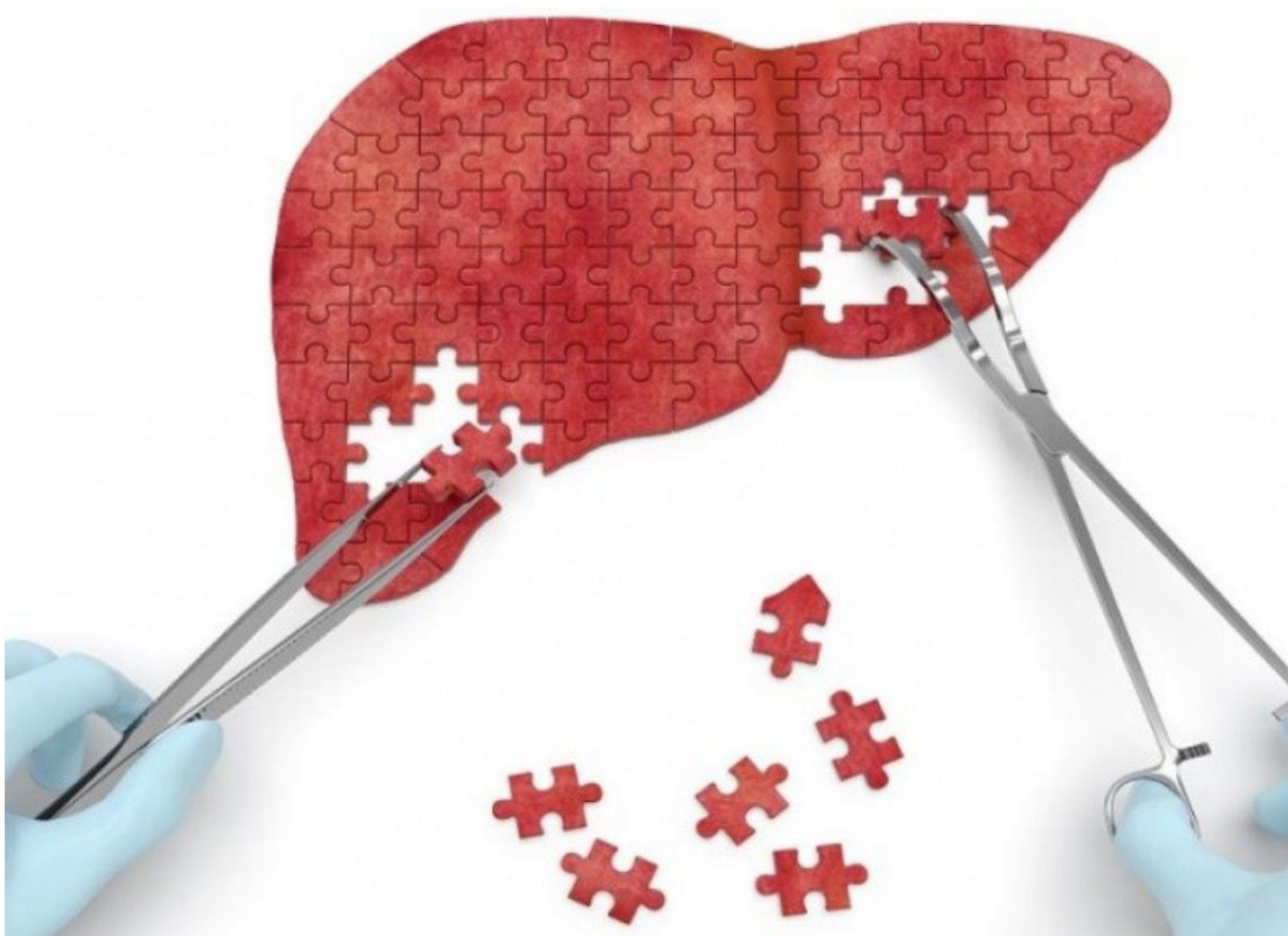
pace și războiul s-a terminat. Aceasta nu este așteptarea potrivită aici. Când spunem că există mii de cancere diferite, ceea ce este mai probabil să se întâmple în această eră a medicamentelor inteligente și a terapiilor țintite este că vom vedea că, în război am câștigat o bătălie la un moment dat, pentru un tip de cancer, la un grup de pacienți. Mă îndoiesc că ne vom trezi într-o zi și vom spune că a dispărut cancerul de sân. Cu toate acestea, ne vom trezi și vom spune că avem un beneficiu important pentru femeile cu cancer de sân pozitiv Her-2 sau că avem un medicament nou și important pentru acest tip de cancer de sân care face ca aceste femei să trăiască mai mult. Acolo este viitorul. S-ar putea să nu fie la fel de interesantă ca situația în care publicul se trezește într-o zi și află că a dispărut cancerul, așa că acum ne vom concentra pe diabet și artrită, dar probabil că este mai precis și aceasta este treaba noastră, ca oameni de știință și medici, să explicăm publicului cum stau lucrurile.

Cred că vom dezvolta un arsenal de medicamente pe care apoi le vom potrivi în mod specific, pentru diferite tipuri de pacienți. Tot ce știm acum despre cancer ne spune că așa se va întâmpla.

Traducere și adaptare de Mirela Mustată a unui interviu cu Dr. George Demetri, profesor asociat de medicină la Harvard Medical School, publicat în www.pbs.org

sursa foto 1: <http://atlasuldesanatate.ro/>

sursa foto 2: <https://www.webmd.com/>



Retrospectivă istorică asupra transplantului

Istoria timpurie: Transplanturile efectuate de zei și vindecători, care implicau adesea cadavre sau animale, apar în miturile antice grecești, romane și chinezești.

În 800 î.e.n. apar mențiuni despre grefele de piele făcute de medicii indieni ca intervenție reparatorie în răni și arsuri.

În secolul al III-lea, medicii sfinți Cosmos și Damien realizează transplantul „de succes” al unui picior întreg, procedură înfățișată în mai multe tablouri celebre.

Încă din anul 600 î.Hr., s-a conceput utilizarea grefelor de piele pentru reconstrucția nazală, iar până în secolul al XVI-lea, Gaspare Tagliacozzi și alți pionieri ai chirurgiei plastice au avut succes cu astfel de proceduri. Chirurgul italian Gasparo Tagliacozzi, cunoscut, de altfel, drept tatăl chirurgiei plastice, este cel care a reconstruit nasurile și urechile folosind pielea de pe brațele pacienților. El a descoperit și că pielea de la un donator diferit ducea deseori la eșecul procedurii, observând răspunsul imun pe care urmașii săi l-ar fi recunoscut drept cauză de respingere a transplantului.

Până în secolul XX nu s-a menționat vreodată faptul că grefele ar putea eșua. Chiar și marele experimentalist John Hunter, din secolul al XVIII-lea, care a transplantat, de exemplu, dinți umani, părea să nu fie conștient de acest efect. Numai în ultima jumătate a secolului XX s-a ajuns la un consens că rezultatul homogrefelor diferă de cel al autogrefelor.

În 1871, chirurgul britanic George Pollock a descris un set de grefe autogene de succes, în timp ce, de pe rana aceluiasi pacient, homogrefele, atât de la el însuși, cât și de un alt donator „au dispărut, în curând” (Pollock 1871). Raportul acestuia a fost ignorat, în timp ce, zeci de ani, au continuat comunicările despre homogrefe de succes. Un astfel de caz de succes este cel al lui Winston Churchill care, în timpul războiului burilor, a donat piele pentru a ajuta la vindecarea rănii deschise a unui coleg ofițer. Ani mai târziu, Churchill a continuat să afirme că această grefă a avut succes.

În perioada de început a secolului XIX, medicii europeni au încercat să salveze pacienții care mureau de insuficiență renală, transplantând rinichii de la diferite animale, inclusiv maimuțe, porci și capre. Niciunul dintre beneficiari nu a trăit mai mult de câteva zile.

În 1905, oftalmologul austriac Eduard Zirm a efectuat primul transplant de corneă din lume, restabilind vederea unui bărbat care or-



Alexis Carrel, a cărui activitate de pionierat în suturarea vaselor de sânge și transplantul de organe a fost recunoscută prin Premiul Nobel din 1912. (Fotografie, 1907, din colecția American Surgical Association.)

bise în urma unui accident.

În anul 1912, medicul francez Alexis Carrel a primit Premiul Nobel pentru activitatea sa în domeniu. El a dezvoltat metode pentru conectarea vaselor de sânge și a efectuat transplanturi renale de succes la câini. Ulterior, acesta a lucrat cu aviatorul Charles Lindbergh pentru a inventa un dispozitiv pentru menținerea în viață a organelor în afara corpului, un precursor al inimii artificiale.

În 1904, Carrel a părăsit Franța și s-a mutat la Chicago, unde s-a asociat cu fiziologul Charles Guthrie. Împreună, au realizat cu succes transplant de rinichi, tiroidă, ovar, inimă, plămân și intestin subțire și au publicat rezultatele obținute. Succesul lui Carrel cu grefele de organe nu a fost dependent de o nouă metodă de suturare, ci de utilizarea de ace fine și de material de sutură, precum și de abilitatea sa tehnică excepțională și de obsesia sa pentru asepse strictă.

În anul 1936, medicul ucrainian Yu Yu Voronoy a transplantat primul rinichi uman, folosind un organ de la un donator decedat. Ri-

nichii au fost prelevați abia la 6 ore de la moartea donatorului, iar între acesta și primitor era o majoră incompatibilitate de grupă sangvină. Nu a fost, deci, nimic anormal în faptul că primitorul a murit la scurt timp după aceea, ca efect al respingerii. Alte patru homogrefe umane pe care Voronoy le-a efectuat între 1933 și 1949 au eșuat rapid. Publicată în limba rusă, această experiență a rămas necunoscută în Occident până în anii '50.

În ultima parte a anilor 1940 și începutul anilor 1950, o echipă de medici de la Spitalul Peter Bent Brigham din Boston a efectuat o serie de grefe de rinichi uman, dintre care unele au funcționat câteva zile sau luni. În 1954, chirurgii au transplatat un rinichi de la Ronald Herrick, în vârstă de 23 de ani, la fratele său geamăn, Richard. Întrucât donatorul și destinatarul erau identici genetic, procedura a reușit.

În anul 1960, imunologul britanic Peter Medawar, cel care a studiat rolul imunosupresiei în eșecurile transplantului, a primit premiul Nobel pentru descoperirea toleranței imune dobândite. În scurt timp, medicamentele anti-respingere au permis pacienților să primească organe de la donatori care nu erau identici.

Așa a debutat perioada primelor transplanturi de plămâni, pancreas și ficat de succes. În 1967, lumea medicală consemna un prim success de acest fel. Era momentul în care chirurgul sud-african Christiaan Barnard a înlocuit inima bolnavă a stomatologului Louis Washkansky cu cea a victimei unui accident. Deși medicamentele imunosupresoare au împiedicat respingerea, 18 zile mai târziu, Washkansky a murit de pneumonie.

Începând cu anii 1980, transplantul a devenit mai puțin riscant și mult mai frecvent. Acum apare și legislația care monitorizează aspectele etice. De exemplu, legea care reglementează transplantul de organe din SUA a stabilit un registru centralizat pentru identificarea potrivirii și plasarea organelor, în timp ce a scos în afara legii vânzarea de organe umane. Peste 100.000 de persoane se află în prezent pe lista națională de așteptare din SUA.

În 2005, spitalul Johns Hopkins de la Baltimore a experimentat metoda „lanțului domino” de potrivire între donatori și beneficiarii de transplant. Donatorii care sunt incompatibili din punct de vedere genetic cu beneficiarii aleși sunt asociați cu alții străini; în schimb, respectivii beneficiari incompatibili primesc organe de la alți donatori din grup.

În anul 2010, medicii spanioli au realizat primul transplant facial complet din lume la un bărbat rănit într-un accident de tir. La acel moment avuseseră loc în lume o serie de transplanturi faciale parțiale.

Evoluția transplantului de organe în ultima jumătate de secol este una dintre marile reușite ale medicinei. În sprijinul acestei afirmații sunt cele cinci premii Nobel acordate pentru transplant. Desemnarea acestor premii nu a fost lipsită de controverse, domeniul fiind recunoscut pentru marile rivalități care s-au înregistrat de-a lungul timpului.

Dezvoltarea rapidă a domeniului începând cu anii 1970', combinată cu factori precum creșterea numărului populației vârstnice, a determinat explozia cererii de țesuturi și organe donate.

Astăzi se estimează, de exemplu, că aproximativ 600.000 de americani beneficiază de un tip de transplant în fiecare an. Deși acest lucru este impresionant, pacienții încă mor zilnic în așteptarea unui organ vital și mulți rămân debilitați și suferă din cauza imposibilității de a beneficia de acesta.

Mirela Mustăță, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

Historical Overview of Transplantation, Clyde F. Barket și James F. Markmann; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3684003/> (inclusiv sursa foto 2)

<https://www.history.com/news/organ-transplants-a-brief-history>

<https://www.mtfbiologics.org/>

sursa foto 1: <https://romanalibera.ro/>

Scurtă prezentare a raportului "State of Health in the EU, România - profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea"

Deși a înregistrat o creștere, speranța de viață în România este printre cele mai scăzute din Uniunea Europeană.

Acest lucru reflectă comportamente nesănătoase, dar și inegalități socioeconomice, precum și deficiențe substanțiale în furnizarea serviciilor de sănătate.

Raportul arată și că, deși sistemul de asigurări sociale de sănătate oferă un pachet cuprinzător de servicii, aproximativ 11 % din populație rămâne neasigurată și nu are dreptul decât la un pachet minim de servicii.

Principalele provocări pentru sistemul de sănătate includ, pe de o parte, rezolvarea dezechilibrului dintre asistența medicală primară și serviciile medicale spitalicești și, pe de altă parte, combaterea deficitului în creștere de profesioniști în domeniul sănătății.

Dacă ne uităm la datele generale, speranța de viață la naștere în România a crescut cu mai mult de patru ani din anul 2000 (de la 71,2 ani până la 75,3 ani în 2017). Deși această creștere urmează trendul crescător al aceluiași indicator la nivelul UE, ea este cu



aproape șase ani mai mică decât media UE. Pe de altă parte, în România există și o disparitate majoră de gen, femeile trăind cu șapte ani mai mult decât bărbații, în medie (71,7 ani, comparativ cu 79,1 ani).

România are și una dintre cele mai ridicate rate ale mortalității infantile din UE – 6,7 la 1 000 de născuți vii, comparativ cu media UE de 3,6 în 2017.

Totodată, ratele mortalității evitabile prin prevenție și ale mortalității

prin cauze tratabile sunt printre cele mai ridicate din UE (duble față de ratele medii UE).

Mortalitatea prematură ar putea fi redusă substanțial dacă ar exista politici de sănătate publică și de prevenție mai eficace, un rol consolidat al asistenței medicale primare, precum și un acces mai bun la servicii.

Astfel, aproximativ jumătate din decesele înregistrate în România pot fi atribuite unor factori de risc comportamentali, care includ dieta neadecvată, consumul de tutun, consumul de alcool și activitatea fizică scăzută (62 %), cifra situându-se mult peste media UE (44 %).

În ceea ce privește consumul de tutun, unul din cinci adulții români fumează zilnic, cu o rată mult mai mare în rândul bărbaților (32 %) decât în rândul femeilor (8 %). Consumul de tutun (incluzând fumatul activ și fumatul pasiv) este cauza a aproximativ 17 % din totalul deceselor, în timp ce 14 % dintre decese pot fi atribuite consumului de alcool, valoare de peste două ori mai mare decât proporția înregistrată la nivelul UE (6 %).

Consumul regulat de tutun de către adolescenți este, de asemenea, un motiv de îngrijorare, aproape o treime dintre tinerii de 15 și 16 ani declarând în 2015 că au fumat în cursul lunii precedente, această rată fiind printre cele mai mari din UE. Raportul observă și că nu sunt încă vizibile efectele legii din 2016 pentru prevenirea și combaterea consumului produselor din tutun.

Pe de altă, riscurile alimentare (27 %) includ aportul insuficient de fructe și legume și consumul excesiv de zahăr și sare, iar proporția de 38 % a adulților din România care declară că desfășoară săptămânal cel puțin activități moderate este cea mai mică din UE.

În pofida prevalenței dietelor nesănătoase și a activității fizice scăzute, rata obezității adulților din România este cea mai mică din UE (doar unul din zece adulți era obez în 2017, în timp ce media UE a fost de 15 %). Deși ratele obezității la adulți sunt printre cele mai scăzute din UE (10 %), ratele excesului de greutate și ale obezității

În rândul copiilor au crescut în ultimul deceniu până la 15 %.

Raportul indică un procent de 4 % dintre decese ca fiind legate de nivelurile scăzute de activitate fizică.

În ceea ce privește principalele cauze de deces, boala cardiacă ischemică rămâne pe primul loc și reprezintă, împreună cu accidentul vascular cerebral, peste 550 de decese la 100 000 de locuitori în 2016. Rata mortalității cauzate de boala cardiacă ischemică este de aproape trei ori mai mare în România decât în UE în ansamblu. În pofida unei reduceri accentuate începând din anul 2000, accidentul vascular cerebral rămâne a doua cauză de deces, în ordinea importanței, înregistrându-se 256 de decese la 100 000 de locuitori în 2016, mult peste media UE de 80.

Raportul arată și că mortalitatea cauzată de cancer este în creștere. Cancerul pulmonar reprezintă cea mai frecventă cauză de deces cauzat de cancer, rata mortalității crescând cu aproape 14 % din 2000, în principal din cauza ratelor ridicate ale fumatului. În ultimii ani, au crescut, de asemenea, ratele mortalității legate de alte tipuri de cancer, în special pentru cazurile de cancer colorectal și de cancer de sân.

De asemenea, România se confruntă cu provocări în ceea ce privește combaterea unor boli infecțioase, fiind țara cu cea mai ridicată rată de cazuri de tuberculoză din UE. Combaterea bolilor infecțioase, precum tuberculoza (TBC) și rujeola, continuă să fie o problemă importantă de sănătate publică în România. Deși numărul cazurilor de TBC a scăzut în ultimul deceniu, el rămâne în continuare cel mai ridicat din UE (aproximativ 13 000 de cazuri în 2017).

Deși înregistrează toate aceste dezechilibre care ar justifica susținerea sistemului de sănătate, acesta rămâne subfinanțat într-o măsură semnificativă. Astfel, cheltuielile pentru sănătate în România sunt cele mai scăzute din UE atât pe cap de locuitor (1 029 EUR, media UE fiind de 2 884 EUR), cât și ca procent din PIB (5 % față de 9,8 % în UE).

Ca model de organizare, trecerea la asistența medicală ambula-

torie se află într-un stadiu incipient, peste 42 % dintre cheltuielile pentru sănătate fiind încă direcționate către serviciile spitalicești (comparativ cu media UE de 29 %)

În pofida eforturilor de consolidare a asistenței medicale primare și a asistenței comunitare, susținute de Strategia Națională de Sănătate 2014–2020, proporția cheltuielilor pentru sănătate dedicate asistenței medicale primare și ambulatorii rămâne pe locul doi între cele mai scăzute din UE (18 %, comparativ cu media UE de 30 %).

De asemenea, România cheltuiește foarte puțin pentru prevenție, numai 18 EUR pentru fiecare persoană în 2017 sau 1,7 % din totalul cheltuielilor pentru sănătate, comparativ cu 3,1 % la nivelul UE. Dacă se evaluează cheltuielile pentru prevenție pentru fiecare persoană, se constată că România a cheltuit cel mai puțin pentru prevenție din UE, după Slovacia. În majoritatea programelor naționale de politică din domeniul sănătății, cum ar fi cele care abordează cancerul sau sănătatea mamei și a copilului, locul acordat componentei referitoare la prevenție este redus, iar accentul se pune în principal pe îngrijirea curativă.

Tot din zona provocărilor, ratele de imunizare a copiilor sunt printre cele mai scăzute din UE, fapt dovedit de mai multe epidemii de rujeolă înregistrate în ultimii ani în România. Un proiect de lege privind vaccinarea a fost prezentat pentru dezbatere publică în 2017, cu scopul de a se reglementa organizarea și finanțarea imunizării, dar legea respectivă nu a fost încă adoptată.

Un alt exemplu de semi-eșec al programelor de prevenție este cel referitor la screening-ul sistematic pentru cancerul de col uterin sau cel de sân. În 2014, doar un sfert dintre femeile cu vârsta cuprinsă între 20 și 69 de ani au declarat că au făcut screening-ul pentru cancerul de col uterin în cei doi ani precedenți (comparativ cu media UE de 66 %). La fel, doar 6 % dintre femeile din România cu vârsta cuprinsă între 50 și 69 de ani au raportat că au efectuat un screening pentru cancerul de sân în aceeași perioadă (media UE: 60 %) și doar 5 % dintre cele cu vârsta cuprinsă între 50 și 74 de ani făcuse-

ră testul pentru cancer colorectal (media UE: 47 %).

În pofida creșterii forței de muncă în domeniul sănătății în decursul ultimului deceniu, sistemul de sănătate din România este afectat în continuare de deficite de medici și de asistenți medicali. În 2017, existau 2,9 medici practicanți la 1 000 de locuitori, cifră aflată pe locul trei între cele mai scăzute cifre din UE (media UE fiind de 3,6) și 6,7 asistenți medicali la 1 000 de locuitori (media UE fiind de 8,5).

Emigrarea personalului medical în căutarea unor perspective mai bune de carieră și remunerație în străinătate a contribuit la crearea unui deficit intern de profesioniști în domeniul sănătății. Potrivit estimărilor, emigrația va atinge un nivel foarte ridicat în următorii ani.

Alte tendințe care pun în pericol sustenabilitatea pe termen lung a sistemului sunt îmbătrânirea populației (ceea ce determină o mai mare cerere de servicii de asistență medicală și o restrângere a bazei de resurse) și emigrația persoanelor de vârstă activă (care are ca efect reducerea contribuțiilor și restrângerea și mai acută a bazei de resurse).

Ambele modificări structurale menționate mai sus (cea privind migrația personalului medical și cea legată de dezechiliul nevoie de finanțare / contribuție) au tendința de a reduce și mai mult resursele deja limitate aflate la dispoziția sistemului de sănătate.

În concluzie se poate spune că profilul de țară în ceea ce privește sănătatea oferă o prezentare concisă, relevantă pentru politicile de sănătate, a sănătății populației și a sistemului de sănătate din România, care are rolul de a trage un alt semnal de alarmă.

El subliniază particularitățile și provocările pentru România, în contextul unor comparații între țări și poate sprijini factorii de decizie și pe cei care influențează decizia, oferind un mijloc pentru învățare reciprocă și schimbări prin care să fie asimilate practici care au funcționat în alte țări europene.

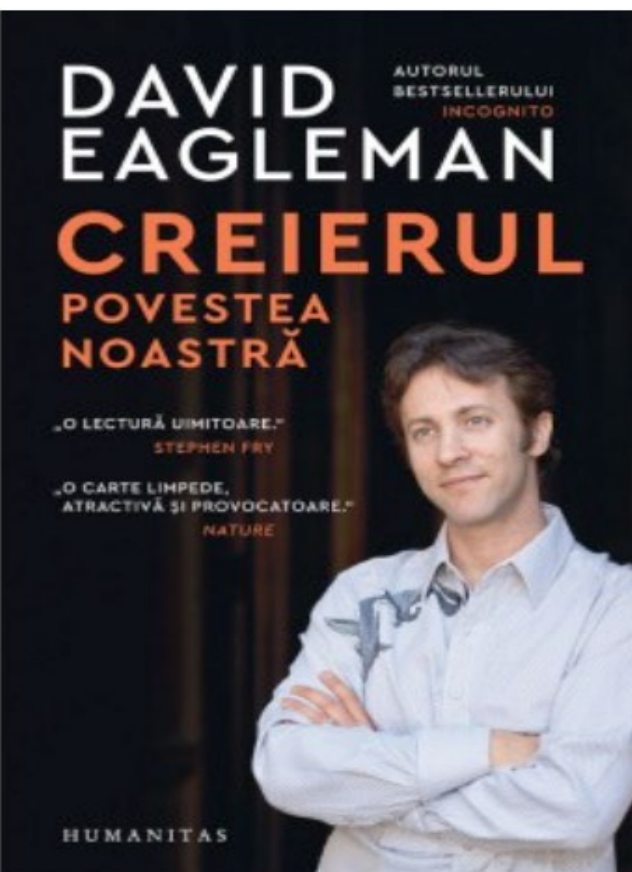
Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Sursa de documentare: Raportul "State of Health in the EU România - Profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea" - rezultatul activității comune a OCDE și a European Observatory on Health Systems and Policies, în cooperare cu Comisia Europeană.

Creierul – Povestea Noastră

Autor: David Eagleman,

Editura Humanitas, 2018



O lucrare de referință pentru înțelegerea celei mai complexe mulțimi de celule din organismul uman, propriul nostru creier.

Autorul, specialist în neuroștiințe, reușește să ne prezinte, într-un mod ușor de parcurs chiar și pentru publicul larg, o sinteză plină de revelații a domeniului.

O călătorie specială într-o lume fascinantă, a anatomiei și fiziologiei creierului.

Practical Diabetes Care

Autor: David Levy,

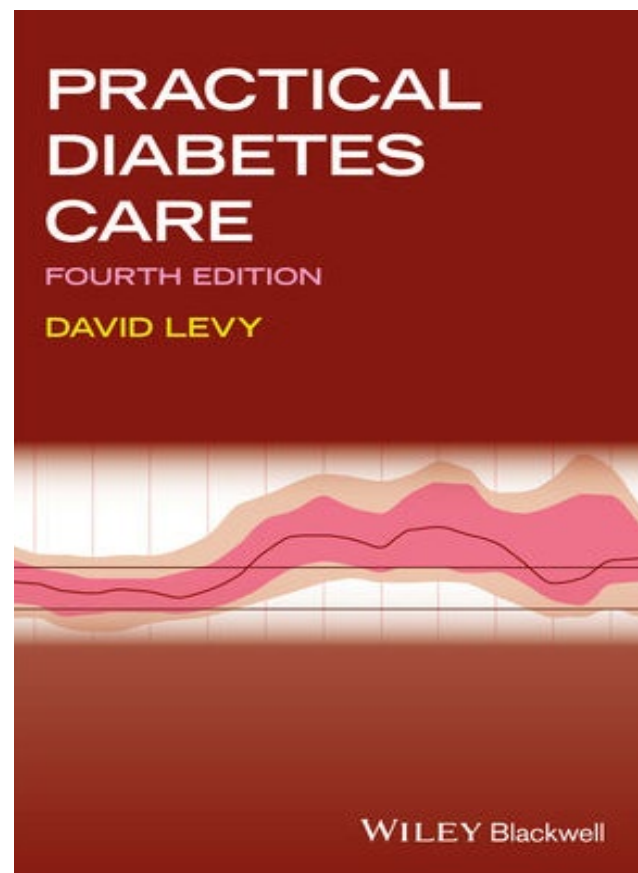
Editura: Wiley-Blackwell, 2018

Un ghid deosebit de util prin abordarea holistică propusă pentru practica clinică a diabetului și tratamentului său.

Lucrarea prezintă aspectele fundamentale ale diabetului de tip 1 și tip 2, inclusiv ultimele rezultate ale cercetărilor clinice din domeniu.

Sunt abordate și zonele de preocupare maximă pentru toate cadrele medicale implicate în tratarea pacienților cu diabet, precum urgențele hiperglicemice și complicațiile multiple.

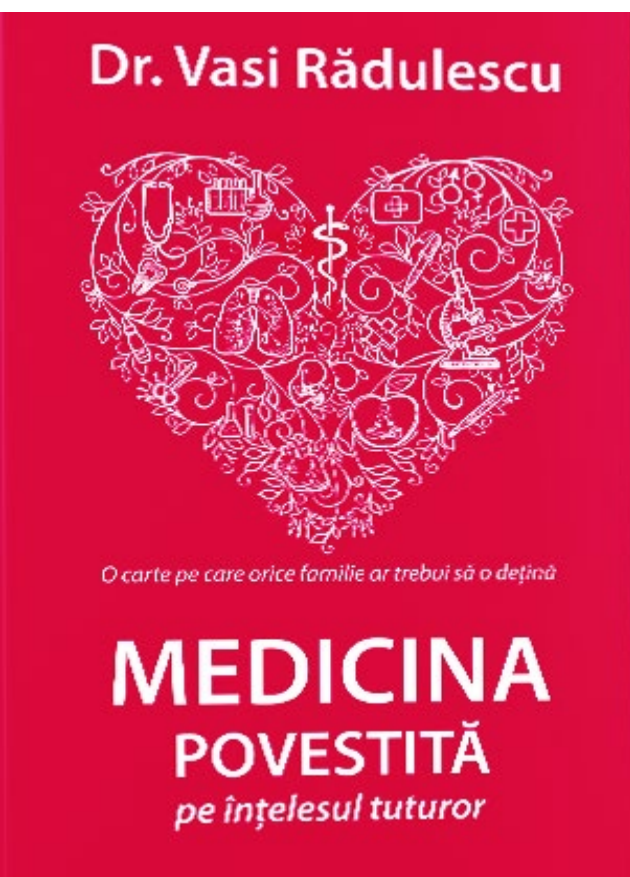
Un volum ușor de parcurs, clar și aplicat pentru practica clinică de zi cu zi.



Medicina povestită pe înțelesul tuturor

Autor: Dr. Vasi Rădulescu,

Editura Bookzone, 2019



Un volum dedicat tuturor, publicul larg, dar și profesioniștii din sistemul medical.

Autorul, Dr. Vasi Rădulescu, abordează o paletă largă de teme asociate domeniului medical – de la explicarea principalelor afecțiuni și tratamente, proces în care demontează și mituri, la prezentarea unor aspecte mai puțin cunoscute ale vieții profesioniștilor din sistem.

De asemenea, el face și o pledoarie pentru educația de sănătate și pentru prevenție

Doina Carmen Mazilu – coordonator

Mirela Mustață – redactor executiv

Ana-Maria Roșu – secretarul redacției

Cristian Oancea – designer editorial

Ne puteți scrie la email:

secretariat@oammrbuc.ro

sau contacta direct la sediul OAMGMAMR filiala Municipiului București din strada Avrig nr. 12, sector 2, București.