

## DECEMBRIE 2022

Every **30 minutes**  
someone in the UK is diagnosed with  
**Crohn's or Colitis.**

**1 in 4**  
people newly  
diagnosed  
are under  
**16.**

Treatments  
can include:

  
medication

  
surgery

  
diet

Crohn's and Colitis  
can cause:

abdominal pain  
diarrhoea anaemia  
**depression**  
osteoporosis  
weight loss  
mouth ulcers  
joint pain  
fatigue  
fistulas

Parts of the digestive  
system become swollen,  
inflamed and ulcerated.

### Crohn's Disease

- Can affect any part of the digestive system
- All layers of the bowel may be inflamed

### Ulcerative Colitis

- Affects the rectum and colon
- Only the inner lining of the colon is inflamed

  
Possible  
causes:

Your **genes.**

+

An abnormal reaction of the **immune system** to **bacteria** in the gut.



Triggered by  
something in the **Environment.**



**There is no  
known cure.**

[www.crohnsandcolitis.org.uk](http://www.crohnsandcolitis.org.uk)

# 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**

Editorial de decembrie 2022 4

**EDUCAȚIE MEDICALĂ**

Teste medicale neinvazive 8

**EVENIMENT**

Ziua Accesului Universal la Servicii de Sănătate. 12 decembrie 2022 14

**INTERVIU**

1 Decembrie - Ziua Internațională HIV/SIDA - Interviu cu doi pacienți 17

**ISTORIE**

Ziua Internațională a Persoanelor cu Dizabilități. Cum pot fi acestea sprijinite de fizioterapie? 24

**LUMEA MEDICALĂ**

Esențialul despre colită 29

**CĂRȚI MEDICALE**

Cum să fii tu însuși, de Ellen Hendriksen, Editura Trei, 2019 36

Mitul normalității. Trauma, boala și vindecarea într-o cultură toxică, de Gabor Mate, Editura Herald, 2022 37

Medicina, nutriție și bună dispoziție, de Simona Tivadar, Editura Humanitas, 2018 38

**ECHIPA EDITORIALĂ** 39

**Foto copertă:** <https://crohnsandcolitis.org.uk>



## Editorial de decembrie 2022

Știm că nu este deloc neobișnuit să asociem stresul cu profesia de asistent medical sau cu cea de moașă. Și aceasta pentru că cele două profesii au rolul de a-i ajuta pe oameni în cele mai

frumoase, dar și în cele mai dificile momente din viața lor. În timp ce, pentru cei care au preponderent momente profesionale fericite, mediul de lucru poate fi unul extrem de benefic, alții pot să facă față cu dificultate provocărilor stresului legat de munca lor și să se simtă copleșiți.

Iată de ce a vorbi despre stresul profesional și despre sănătatea emoțională a asistenților medicali și a moașelor și a-i sprijini să o gestioneze sunt lucruri importante.

Deși în România nu există astfel de studii, o serie de analize realizate, de exemplu, în SUA<sup>1</sup> indică faptul că aproximativ 16% dintre asistenții medicali raportează oboseală extremă la locul de muncă (burnout).

Iată de ce este util ca fiecare asistent medical să învețe cum să recunoască factorii care generează stres negativ și cum să-și mențină sănătatea emoțională.

Printre factorii de stres care pot avea impactul emoțional negativ cel mai puternic se numără îngrijirea pacienților care au o condiție medicală critică sau o suferință puternică. La aceasta se poate adăuga încărcătură mare cu sarcini, multe ore suplimentare de muncă, lipsa de satisfacții aduse de munca depusă, probleme medicale complexe. În timp, un astfel de stres în exces poate duce la burnout, care este caracterizat, potrivit Organizației Mondiale a Sănătății prin:

1. sentimentul de epuizare sau de lipsă de energie;
2. sentimentul de detașare față de locul de muncă sau sentimente negative legate de muncă și
3. performanță redusă la locul de muncă.

La aceasta se pot adăuga manifestări precum oboseala fizică sau boala, sentimentul lipsei de apreciere, lipsa abilității de a vă conecta cu pacienții și o mare rezistență față de schimbare.

1 PRC-NurseReport-Final-031819-Secure.pdf ([https://prccustomresearch.com/wp-content/uploads/2019/PRC\\_Nursing\\_Engagement\\_Report/PRC-NurseReport-Final-031819-Secure.pdf](https://prccustomresearch.com/wp-content/uploads/2019/PRC_Nursing_Engagement_Report/PRC-NurseReport-Final-031819-Secure.pdf))



Soluția nu poate fi decât promovarea îngrijirii de sine într-o manieră sistematică.

Tehnicile de îngrijire (cum ar fi meditația, exercițiile de respirație, etc.), legăturile de suport valoroase sau sprijinul pentru reformularea modului în care sunt privite problemele și provocările și pentru a simplifica lucrurile sunt toate valoroase. Desigur, când lucrurile se agravează și auto-îngrijirea devine insuficientă, persoana care suferă de stres cronic trebuie să apeleze la ajutor specializat.

Prima condiție este însă ca asistenții medicali care trec prin perioade complexe să nu se teamă să ceară ajutor.

În plus, sunt importante pauzele, pe care să le programăm la două-trei ore. Chiar dacă sunt doar 5 minute, când respirăm puțin aer curat, ne retragem să respirăm profund de 10-15 ori sau sunăm acasă sau un prieten, aceste momente de detensionare ne pot ajuta să gestionăm stresul.

Nu în ultimul rând, chiar dacă cultura noastră nu ne încurajează să facem asta, specialiștii în sănătate emoțională ne încurajează să ne permitem să simțim și manifestăm emoția (să plângem, să ne enervăm sau să ne arătăm fericirea) pentru a nu risca să le transformăm în surse de frustrare și boală profesională.

Specialiștii ne recomandă să încercăm aceste soluții de îndată ce sunt necesare, deoarece epuizarea și oboseala diminuează și calitatea îngrijirii pacientului, potrivit unui studiu publicat în revista *Research in Nursing*.

Dincolo de toate, să nu uităm că persoanele echilibrate emoțional nu sunt persoane care, așa cum greșit se crede, sunt în mod natural optimiste sau sunt așa pentru că sunt norocoase, ori au gene favorabile fericirii sau un temperament mai bun. Aceste persoane simt și ele tristețea, furia sau descurajarea. Ce se întâmplă diferit este faptul că ele au o relație mai bună cu aceste emoții negative. Cu alte cuvinte, când simt tristețe pentru că au pierdut un pacient, de exemplu, nu se critică și nu se judecă pentru că posibilitățile de a-l

ajuta au fost limitate de condiția sănătății lui sau pentru faptul că simt tristețe. Pur și simplu acceptă că tristețea este o trăire normală a ființei umane.

În fapt, oamenii echilibrați emoțional sunt experți în a lăsa să treacă repede gândurile care le amplifică emoțiile. Ei nu se "agață" de ele. În plus, ei acceptă sentimentele negative, nu luptă împotriva lor și se protejează de contextele și oamenii care le pot amplifica sentimentele negative.

Nu în ultimul rând, pentru a avea un bun echilibru emoțional, așa cum ne ocupăm de sănătatea noastră fizică, trebuie să ne îngrijim de sănătatea noastră emoțională. Putem face aceasta prin exerciții fizice, dietă care să ne hrănească cu adevărat și să ne dea energie, somn adecvat (ideal adulții au un somn bun de 7 ore pe zi), o bună viață socială, alături de oameni care ne împlinesc și cu care construim relații care ne hrănesc emoțional, și timp dedicat pasiunilor și hobbyurilor noastre.

Dincolo de aceste gânduri de grijă pentru voi și sănătatea voastră, vă încurajez să citiți articolele lunii decembrie din revista noastră și vă trimit cele mai bune gânduri pentru un an nou cu sănătate, echilibru emoțional și multe împliniri pe plan personal și profesional!

**Sărbători fericite, La Mulți Ani!**

# Teste medicale neinvazive

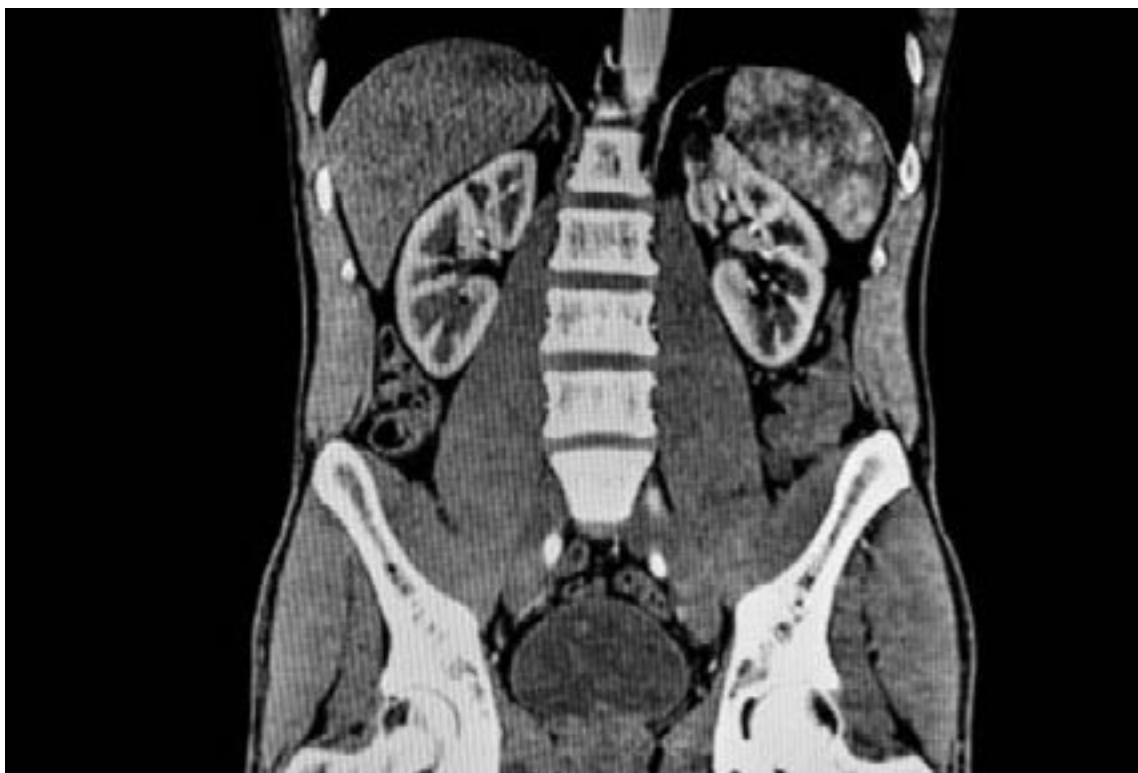
*Timp de lectură: 7 minute*

În prezent, sunt utilizate peste 100 de teste și proceduri de diagnosticare, fie pentru depistarea bolilor, fie pentru monitorizarea evoluției acestora, inclusiv pentru evaluarea eficienței tratamentului.

Testele de diagnosticare pot fi fie invazive, fie neinvazive. Testele de diagnosticare invazive implică puncția pielii sau pătrunderea în organism. Exemple sunt prelevarea unei probe de sânge, biopsiile și colonoscoopiile. Testele neinvazive nu implică instrumente care intră fizic în corp. Printre exemple se numără radiografiile, examenele oftalmologice standard, tomografiile computerizate, RMN-urile, examinarea ECG și monitorizarea Holter.

Procedurile de diagnosticare imagistică sunt exemplele principale de proceduri de testare diagnostică neinvazivă. Acestea creează imagini ale organelor, țesuturilor moi și oaselor din interiorul corpului fără a fi nevoie să se facă o incizie. Instrumentele de testare neinvazivă sunt adesea folosite pentru a determina dacă sunt necesare proceduri mai invazive pentru a stabili un diagnostic.





*Scanare CT a unui abdomen (Sursa: iStock)*

Dintre cele mai frecvent utilizate proceduri de diagnosticare ghidată prin imagini, enumerăm:

- Radiografia sau razele X - utilizează radiații și unde radio pentru a crea imagini ale oaselor și organelor. Radiografia a fost primul instrument de diagnosticare imagistică utilizat și este și astăzi cea mai utilizată procedură de diagnosticare non-invazivă. În cazul oaselor rupte și al obstrucțiilor toracice, razele X sunt, de obicei, prima procedură de imagistică medicală solicitată.
- RMN-ul - o procedură imagistică de diagnosticare foarte avansată care creează imagini ale structurilor interne ale corpului fără a utiliza radiații. RMN utilizează un magnet puternic și unde radio pentru a produce imagini foarte detaliate din interiorul corpului.
- Ecografia - utilizează unde sonore, un transductor (un dispozitiv care transformă semnalele de o anumită natură în semnale de altă natură – camerele video, microfoanele sunt exemple de

transductoare) și un computer pentru a crea imagini ale organelor interne. Este cel mai bine cunoscut ca un instrument folosit de obstetricieni, dar are mai multe aplicații. Este, de asemenea, utilizat în tratament, în special în tratamentele ghidate cu ultrasunete pentru durere.

- Mamografia este utilizată ca instrument de screening și diagnosticare pentru femei pentru a detecta creșteri anormale la nivelul sânului. Odată cu digitalizarea mamografiei, expunerea la radiații este redusă la doze foarte mici.

Testele neinvazive au nenumărate beneficii, după cum urmează:

1. durere sau disconfort minim sau inexistent. Unele proceduri vă pot produce inițial o anumită sensibilitate, dar aceste efecte secundare dispar de obicei într-o zi sau două.
2. desfășurarea testului fără internarea în spital.
3. timp de recuperare minim.
4. risc redus de complicații – lipsa inciziilor înseamnă și un risc minim de apariție a unor infecții.
5. costuri mai mici.

Ca urmare, în din ce în ce mai multe cazuri, specialiștii recomandă testele neinvazive ca primă etapă a procesului de diagnosticare. Un exemplu este cancerul colorectal.

Cancerul colorectal este al treilea cel mai diagnosticat și a doua cauză de deces prin cancer la nivel mondial. Screening-ul regulat al cancerului colorectal poate reduce riscul de incidență și mortalitate prin cancer colorectal.

Majoritatea cancerelor colorectale se dezvoltă sub formă de polipi, excrescențe necanceroase ale mucoasei interioare a rectului sau a colonului. Screening-ul pentru cancer colorectal permite depistarea precoce și îndepărtarea acestor polipi precanceroși.

Colonoscopia este considerată ca fiind una dintre cele mai eficiente

metode de screening și detectare a cancerelor colorectale, datorită sensibilității sale ridicate. În cadrul acestei proceduri, profesionistul din sistemul medical utilizează un colonoscop, un tub lung și flexibil cu o cameră și o lumină la un capăt, pentru a examina mucoasa interioară a rectului și a colonului pentru a detecta polipi sau alte anomalii. Mai mult, colonoscopia permite, de asemenea, îndepărtarea polipilor mici în timpul procedurii. Factori precum jena și necesitatea unei pregătiri intestinale și a restricțiilor alimentare înainte de procedură, precum și riscul de sângerare sau perforare a colonului, deși scăzut, tind să descurajeze multe persoane de la a se supune acestei proceduri din proprie inițiativă.

Astfel, deși colonoscopia este încă cea mai eficace metoda de diagnosticare a cancerului colo-rectal, au apărut teste neinvazive de succes care încep să depășească colonoscopia ca prim pas al etapei de diagnosticare. Un astfel de exemplu este testul imunochimic fecal (FIT). Polipii sau cancerule mici din colon și rect pot avea ca rezultat sângeri minore care nu pot fi detectate vizual. Testul FIT utilizează anticorpi pentru a detecta asemenea mici urme de sânge în probele de scaun. Acest test devine din ce în ce mai popular, deoarece este neinvaziv și poate fi recoltat la domiciliu. Din păcate, testul nu este întotdeauna precis, iar un test pozitiv necesită, de obicei, o colonoscopie pentru confirmare.

Un alt exemplu este testarea ADN izolat din materiile fecale, recomandat în special adulților de peste 45 de ani care au un risc mediu de cancer de colon. Acesta se concentrează pe identificarea de modificări și mutații ale ADN-ului în materiile fecale care ar putea include polipi precanceroși și/sau tumori canceroase. Analiza ADN-ului va căuta mai mulți markeri ADN și mutații folosind metode sensibile de detectare. Acest test are rate ridicate de detectare a cancerului de colon în stadiile sale incipiente. La fel ca în cazul testului FIT cu rezultate pozitive, acestea trebuie urmate, de obicei, de o colonoscopie pentru a confirma prezența țesutului precanceros sau canceros. Atât testul FIT, cât și testul ADN izolat din materiile fecale, nu presupun restricții alimentare sau pregătire intestinală.

Fiecare procedură de diagnosticare are avantaje și dezavantaje. Dr. Payton Yau, microbiolog la Rural College din Scoția, Marea Britanie, a declarat pentru revista online *Medical News Today*: „FIT este ieftin și eficient din punct de vedere al costurilor; cu toate acestea, este posibil ca tumora să nu sângereze și, prin urmare, putem obține rezultate fals negative. Testul ADN este un produs patentat care vizează un set de gene țintă plus hemoglobina, ceea ce înseamnă că este relativ scump, fiind vorba de o activitate de laborator suplimentară necesară.”

Un studiu recent desfășurat în SUA a comparat raportul cost-eficiență al FIT și al testului ADN. Dintre cele 117.519 persoane care au fost supuse unui screening non-invaziv pentru cancer colorectal în 2019, aproximativ 38,7% dintre persoane au fost supuse unui screening cu FIT, în timp ce 39,2% au fost supuse unui screening cu testul ADN. După ce au luat în considerare costul testelor, numărul de pacienți care au utilizat fiecare test și costurile ulterioare cauzate de rezultatele inexacte, cercetătorii au estimat că costurile asociate cu FIT s-au ridicat la 1,1 milioane de dolari în 2019, în timp ce costurile asociate testului ADN s-au ridicat la aproximativ 5,6 milioane de dolari.

De asemenea, comparând impactul clinic al acestor teste, cercetătorii au constatat că o proporție similară de persoane cu rezultate pozitive (59.5% în cazul testului FIT și 63.2% în cazul ADN) au prezentat ulterior cancer colorectal în stadiu incipient, după ce au fost supuse unor teste de confirmare (colonscopii, de exemplu). Aceste rezultate indică că testul FIT este deocamdată mai eficient în privința screening-ului pentru cancer colorectal.

Autorii studiului susțin că aceste rezultate ar putea informa procesul decizional al medicilor. În concordanță cu acest lucru, Dr. Folasade May, profesor asociat de medicină la UCLA, a comentat: „FIT este a 2-a cea mai frecventă modalitate de depistare a cancerului colorectal în SUA, după colonoscopia de screening. Testul ADN este o opțiune mai nouă de screening. Deși a crescut în popularitate, acesta a fost întotdeauna mai puțin utilizat decât FIT. Cred că rezultatele studiului

susțin trecerea de la screeningul prin colonoscopie la testele de screening precum FIT sau ADN. Grupul operativ [United States Preventive Services Task Force] recomandă șapte strategii pentru screeningul cancerului colorectal. Pacienții ar trebui să ia în considerare avantajele și dezavantajele tuturor acestor șapte strategii și să aleagă testul care este cel mai bun pentru ei. Unii pacienți vor alege FIT sau FIT-DNA deoarece sunt neinvazive, ieftine și pot fi efectuate în confortul propriei case”, a remarcat Dr. May.

În același timp, Dr. Guido van Hal, sociolog medical la Universitatea din Anvers, Belgia, a subliniat că mai multe studii au arătat că testul ADN are o rată mai scăzută a falsurilor negative, dar o rată mai mare a falsurilor pozitive decât FIT. Până acum, dovezile existente plasează FIT în fața testului ADN în ceea ce privește raportul cost-eficiență, dar, pentru o decizie cât mai informată, sunt necesare mai multe studii, afirmă cercetătorii, studii de simulare privind raportul cost-eficiență al FIT față de testul ADN și studii privind impactul FIT în programele de screening reale.

*Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent*

*Surse de documentare:*

1. Noninvasive Technique - an overview | ScienceDirect Topics
2. What is considered diagnostic testing? | Independent Imaging
3. Study finds less expensive noninvasive test is an effective alternative to a more costly test for colorectal cancer screening | ACS (facs.org)
4. Alternatives to Colonoscopy: Colon Cancer Tests (verywellhealth.com)
5. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/colorectal-cancer-noninvasive-tests-may-be-just-as-effective-as-colonoscopy>





necesară pentru toate acestea și politici bune care fac ca toate serviciile de sănătate să fie accesibile pentru fiecare dintre noi, pentru familia noastră și comunitatea în care trăim, oricând avem nevoie de ele, acum, dar și în viitor. Nu în ultimul rând este important ca guvernele țărilor noastre să aibă informații corecte și complete despre sistemul de sănătate, pentru a se asigura că acesta funcționează așa cum trebuie.

Cu alte cuvinte, pentru ca fiecare dintre noi să aibă o sănătate bună avem nevoie de: 1. Profesioniști în sănătate; 2. Servicii de sănătate disponibile; 3. Produse, cum ar fi medicamentele; 4. Resurse financiare; 5. Politici publice și 6. Informații. Când toate aceste 6 elemente există și conlucrează bine, fiecare dintre noi se poate bucura de o sănătate bună, chiar și în situații de criză. În plus, sistemele bune de sănătate nu doar tratează oamenii, ele ajută la promovarea unui stil de viață sănătos și previn îmbolnăvirea.

În fiecare an, pe 12 decembrie, Ziua Accesului Universal la Servicii de Sănătate marchează data în care guvernanților li se cere să facă investiții mai inteligente și să accelereze eforturile pentru a asigura "sănătate pentru toți". În lumea spre care tindem, fiecare dintre noi are acces la asistență medicală de calitate ori de câte ori are nevoie, fără a fi împiedicat de dificultăți financiare.

Acoperirea universală de sănătate (Universal Health Coverage - UHC) înseamnă limitarea sărăciei, promovează bunăstarea familiilor și comunităților, protejează împotriva crizelor de sănătate publică și promovează accesul la sănătate pentru toți.

Tema din acest an, „Construiți lumea pe care o dorim: un viitor sănătos pentru toți”, subliniază că pentru a construi sisteme de sănătate puternice avem nevoie de echitate, încredere, medii sănătoase, investiții și responsabilitate.

În plus de rolul guvernelor, Organizația Mondială a Sănătății acționează la nivel mondial pentru a se asigura că cei care au nevoie de servicii de sănătate au șansa de a beneficia de acestea și sunt protejați de

amenințări globale de sănătate.

Ziua UHC își propune să crească gradul de conștientizare cu privire la necesitatea unor sisteme de sănătate puternice și rezistente. În fiecare an, în această zi, susținătorii UHC devin vocea milioaneilor de oameni pentru care accesul la sănătate este deficitar, pentru a chema liderii lumii să facă investiții mai mari și mai inteligente în sănătate și pentru a reaminti lumii că accesul la sănătate este imperativ necesar într-o lume mai echitabilă.

*Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent*

*Surse de documentare:*

1. <https://www.who.int/westernpacific/news-room/events/detail/2022/12/12/western-pacific-events/universal-health-coverage-day-2022> (și sursa foto)
2. <https://universalhealthcoverageday.org/>
3. <https://www.uhc2030.org/what-we-do/voices/universal-health-coverage-day/>
4. <https://www.paho.org/en/campaigns/universal-health-day-2022>



## 1 Decembrie - Ziua Internațională HIV/SIDA - Interviu cu doi pacienți

*Timp de lectură: 8 minute*

**M**arcăm **1 Decembrie - Ziua Internațională HIV/SIDA** de anul acesta, desfășurată sub tema “*Solidaritate globală, responsabilitate comună*”, cu un interviu cu doi pacienți, a căror

istorie personală ilustrează însăși evoluția remarcabilă în diagnosticarea și managementul acestei boli înregistrate în ultimele decenii.

Acest progres extraordinar a făcut posibil ca SIDA să fie considerată acum o condiție medicală cronică și nu o condamnare la moarte, cum era înainte de descoperirea și răspândirea folosirii tratamentelor anti-retrovirale, în a doua parte a anilor 1990.

Pentru a ilustra acest progres făcut din momentul în care medicii raportau, în 1981, apariția unei infecții pulmonare rare, interviul de mai jos aduce față în față povestea doctorului Robert Garofalo, șef al secției de medicină pentru adolescenți din cadrul *Departamentului de Pediatrie al Școlii de Medicină Feinberg a Universității Northwestern din Chicago, SUA*, și profesor de pediatrie la *Spitalul de Copii Ann și Robert H. Lurie din Chicago*, și pe cea a lui Christopher (al cărui nume de familie nu a fost dezvăluit), care a lucrat, printre altele, ca asistent de puericultură în Marea Britanie și în SUA. Doctorul Robert Garofalo a primit diagnosticul de HIV în 2010, în timp ce Christopher a aflat că are SIDA în 1994-95.

### **Când ați auzit pentru prima dată despre oameni care se îmbolnăvesc de ceea ce astăzi cunoaștem ca fiind SIDA?**

**Christopher:** *Cred că în 1984 am auzit despre ceea ce se numește [acum] SIDA.*

**Robert:** *Îmi amintesc că mă plimbam pe străzile din New York, în adolescență, și am văzut un titlu pe un ziar aruncat care se referea la SIDA în comunitatea homosexuală. Cred că atunci a fost prima dată când am auzit de SIDA.*

*Eram la facultate la mijlocul anilor ,80 și îmi amintesc că oamenii se îmbolnăveau, mergeau la spital și nu se mai întorceau. Existau atât de multe secrete și stigmate. În ultimii 25-30 de ani, am făcut progrese extraordinare în domeniul sănătății publice. Medicamentele nu sunt doar bune, ele salvează vieți. Dar mai avem încă un drum lung de parcurs în ceea ce privește modul în care este resimțită stigmatizarea*

de către persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA. Și, de asemenea, există încă unele provocări în ceea ce privește prevenirea și asigurarea accesului la aceste medicamente salvatoare de vieți în toate regiunile lumii.

**Christopher:** *La sfârșitul anilor '80, [...], au murit o mulțime de oameni pe care îi cunoșteam. Apoi, în anii '90, a apărut terapia combinată; aceasta a schimbat întreaga perspectivă asupra bolii, pentru că a început să fie ceva de care nu mori. Apoi, desigur, a progresat până la ceea ce este acum, care este similar cu a avea diabet. Este un lucru minunat. Atât personal, cât și pentru toți ceilalți.*

**Rob:** *Christopher ridică câteva puncte foarte, foarte importante. A existat un punct de inflexiune. La un moment dat, la sfârșitul anilor 1990, SIDA a trecut de la a fi o boală care era percepută în mod universal ca fiind mortală, la o boală la care oamenii au început să se gândească ca la o boală cronică.*

*În calitate de medic și pediatru, practica mea a trecut de la o practică bazată în mare parte pe tratarea pacienților internați la o practică bazată în mare parte pe tratarea pacienților externi. [Acum] le vorbesc pacienților mei despre planurile lor de pensionare și planificarea unei vieți fericite și împlinite.*

## Cum ați ajuns la diagnosticul de SIDA?

După ce s-a întors în Marea Britanie din SUA, la începutul anilor 1999, Christopher a observat că avea probleme în a-și menține greutatea. Apoi a dezvoltat afte bucale. Medicul său i-a sugerat să facă un test HIV. Două săptămâni mai târziu, s-a dus să afle rezultatele.

**Christopher:** *Eram în drum spre serviciu și m-am oprit la spital. Am parcat mașina, am intrat în fugă și mi-au dat vestea, și anume că aveam SIDA. Sentimentele sunt de nedescris; pur și simplu știam că voi muri. M-am gândit la perioada de dinainte de apariția terapiilor combinate și știam cum muriseră atât de mulți dintre prietenii mei. Și m-am gândit că nu sunt pregătit să mor. Și apoi am realizat că trebui*

să mă duc la muncă. A fost un moment foarte greu.

**Rob:** *Mi-am petrecut viața îngrijind tineri care trăiesc cu HIV. La un moment dat, m-am simțit foarte rău și am avut febră prelungită. Dintr-o dată, îmi amintesc că mă aflam în clinica care se ocupa de tineri cu HIV. Și, dintr-o dată, m-am gândit: „Doamne, poate că e vorba de HIV”.*

*Am fugit în biroul meu, am închis ușa, am stins luminile și mi-am autoadministrat un test oral pentru HIV. Și am stat și am plâns în biroul meu când testul a ieșit pozitiv. În multe privințe, acum văd diagnosticul meu HIV pozitiv ca pe o binecuvântare. Cred că m-a făcut un medic mai bun, [și] în multe feluri, m-a făcut o persoană mai bună.*

### **Ce tratament v-a ajutat cel mai mult?**

**Christopher:** *A fost un teritoriu atât de necunoscut pentru mine, deoarece, în decurs de 5 minute, viața mea s-a schimbat complet. În aceea zi m-am dus la serviciu, dar am cedat și a trebuit să mă duc acasă. M-am dus să mă întâlnesc cu un prieten de-al meu și i-am spus; am plâns literalmente toată ziua. Și îmi amintesc că am spus: „Nu vreau să mor. Nu sunt pregătit să mor. M-am îmbolnăvit foarte, foarte tare. Am făcut pneumonie cu pneumocystis, am stat în spital timp de 3 luni și aproape am murit. După aceea, am avut probleme cu mersul, așa că au crezut că virusul a intrat în creierul meu, ceea ce nu s-a întâmplat. A fost o perioadă grea, dar știam că voi supraviețui.*

*Chiar atunci când am fost diagnosticat, au apărut primele medicamente combinate antiretrovirale și mi-au fost administrate. A fost groaznic, pentru că te făceau să te simți foarte rău. Mi-au spus că am 40% șanse de supraviețuire. Și iată-mă aici, acum.*

**Rob:** *Cred că este foarte important să vorbim despre ceea ce ne-a ajutat să supraviețuim.*

*Diagnosticul meu de HIV a fost o lecție de viață pentru a fi autentic și onest. Am găsit alinare și pace în familia și cu prietenii mei care m-au*



*sprijinit și am adoptat un câine.*

*Câinele meu, Fred, mi-a salvat viața la propriu într-un moment în care nu eram sigur dacă voi mai trăi o zi. Acel câine a fost o sursă de energie pozitivă și o sursă de conectare și sprijin într-un moment în care dragostea necondiționată era, am simțit, eluzivă pentru mine.*

*Așadar, a învăța cum să fiu autentic și sincer în legătură cu boala mea și să găsesc o legătură cu câinele meu sau cu oamenii care mă iubesc a fost cu adevărat esențial, iar pentru mine, în esență, a fost de fapt găsirea unui sens în diagnosticul meu de HIV/SIDA.*

Este poate util de spus că doctorul Rob Garofalo a înființat o organizație caritabilă numită Fred Says, care strânge bani pentru a sprijini adolescenții cu HIV. Acest lucru i-a dat o direcție și un sens în viață. De asemenea, Fred l-a inspirat pe Rob să lucreze cu fotografii Jesse Freidin pentru a documenta poveștile altor persoane care trăiesc cu HIV și importanța pe care câinii lor au avut-o în călătoria lor.

Pentru Christopher, echivalentul lui Fred a fost sprijinul prietenilor săi și munca sa de voluntariat.

**Christopher:** *Într-o zi, doi prieteni de-ai mei mergeau în fața mea, iar eu mergeam în spate. Și mă simțeam murdar, iar acesta nu era un sentiment care să-mi placă.*

*Trebuia să trec peste acest sentiment. Am ajuns să mă pregătesc pentru a deveni consilier pentru organizația Childline (Linia copilului). Nu mai puteam să lucrez, dar puteam să îmi dedic 3 după-amiezi pe săptămână consilierii telefonice pentru copiii aflați în criză. Și această ocupație de voluntariat a fost Fred al meu, salvarea mea.*

**Rob:** *Știți, oamenii ca Christopher sunt eroii acestei boli, cei care au fost diagnosticați într-un moment mult mai diferit și dificil decât mine, și care supraviețuiesc și își găsesc propriul scop.*

*Faptul că Christopher a găsit alinare și sprijin în voluntariat și în munca cu copiii este într-adevăr o mărturie frumoasă a empatiei pe care cred că multe persoane cu HIV o au față de alți oameni.*

Când Christopher a reflectat la cuvintele lui Rob, ne-a spus că o experiență de viață sau moarte servește inevitabil drept punct de inflexiune.

**Christopher:** *Cred că trebuie să reevaluezi ființa umană care ești și să mulțumești pentru absolut fiecare zi în care ești aici. Sunt acum o persoană diferită față de acea persoană care era pe moarte.*

**Rob:** *Ceea ce descrie [Christopher] este o stare de recunoștință care cred că nu pare la fel de intuitivă pentru persoanele care nu trăiesc cu HIV. Dar mulți dintre noi care ne confruntăm zilnic cu HIV trăim cu un sentiment de recunoștință imensă, că ne trezim în fiecare dimineață.*

Recunoștința lui Rob este adresată tratamentului care îi permit să rămână sănătos și familiei sale, câinelui său Fred și colegilor de serviciu.

### **Ce ne aduce viitorul?**

**Rob:** *Sunt optimist și cred că vom ajunge la eliminarea epidemiei HIV/SIDA până în 2030. Iar acest lucru este uimitor. Așa că am un optimism extraordinar de mare.*

**Christopher:** *HIV ar putea fi eradicat în lumea occidentală în următorii 10-15 ani. Sper ca într-o zi copiii noștri să poată privi înapoi și să nu se afle în aceeași situație în care mă aflu eu astăzi.*

*Sper că nu se vor trezi reflectând asupra progreselor uriașe realizate, confruntându-se în același timp cu provocările actuale care continuă să ducă la pierderea de vieți omenești, în special în țările în curs de dezvoltare și în comunitățile fără suficiente resurse de îngrijire.*

*Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent*

*Traducere și adaptare după:*

<https://www.medicalnewstoday.com/articles/in-conversation-two-hiv-diagnoses-and-the-difference-a-decade-makes>

Sursa foto: <https://www.hiv.gov/events/awareness-days/world-aids-day>



International  
Day of  
**Persons with  
Disabilities**

**3 DECEMBER**

## **Ziua Internațională a Persoanelor cu Dizabilități. Cum pot fi acestea sprijinite de fizioterapie?**

*Timp de lectură 6 minute*

**3** decembrie este Ziua Internațională a Persoanelor cu Dizabilități. E unul dintre acele momente în care Organizația Mondială a Sănătății, dar și partenerii săi din întreaga lume, ne amintesc că există soluții inovative, transformatoare care pot face diferența pentru o viață de calitate pentru persoanele cu dizabilități.

Un factor pozitiv – durata crescută de viață - și unul negativ - numărul din ce în ce mai mare de persoane care suferă de boli netransmisi-

bile - contribuie împreună la un număr din ce în ce mai mare de persoane care trăiesc mai mult și îmbătrânesc cu limitări funcționale.

Pentru aceste persoane, fizioterapeuții au câștigat de multă vreme recunoașterea ca furnizori importanți de servicii.

Și aceasta deoarece un nivel adecvat de kinetoterapie poate promova incluziunea socială prin optimizarea funcției unei persoane și încurajarea participării acesteia la viața economică și socială a comunității. Practic, îi poate îmbunătăți calitatea vieții.

Iată de ce a cunoaște istoria acestei profesii înseamnă și speranță și soluții pentru o viață mai bună pentru unele dintre persoanele cu dizabilități.

Terapia fizică este legată de numele lui Per Henrik Ling, care este cunoscut drept „părintele gimnasticii suedeze”. El este acela care a fondat Institutul Regal Central de Gimnastică, în anul 1813. Activitatea de care se ocupa acest grup de profesioniști era masajul, manipularea bolnavilor și exercițiile fizice. În anul 1851, termenul „fizioterapie” este folosit pentru prima dată în limba germană într-un articol scris de dr. Lorenz Gleich, un medic militar din Bavaria. În limba engleză, cuvântul apare pentru prima oară într-un articol publicat de Dr. Edward Playter, în Montreal Medical Journal, în anul 1894.

Kinetoterapia, inițial considerată asistență de recuperare, a evoluat în timp, devenind o profesie de sine stătătoare. Astăzi joacă un rol foarte important în furnizarea de servicii de reabilitare și abilitare, precum și în instruirea pentru prevenirea și reducerea riscurilor. În Suedia, kinetoterapeuții sunt numiți „sjukgymnast”, care se traduce prin „cineva care-l ajută pe cei bolnavi prin gimnastică”.

Apoi, anul 1916 a venit cu o devastatoare epidemie de poliomielită. În acea perioadă, s-a început tratarea pacienților cu paralizie reziduală prin mișcări pasive. Dându-și seama de necesitatea unei acțiuni bine definite, kinetoterapeuții au dezvoltat testarea musculară manuală pentru evaluarea forței mușchilor și, prin urmare, implementarea tehnicilor de reeducare musculară pentru mușchii mai slabi. În Sta-

tele Unite (SUA), epidemia de poliomielită a continuat să facă ravagii într-o asemenea măsură încât a afectat chiar și un om care avea să devină viitorul președinte al SUA - Franklin D. Roosevelt. Acesta a trecut prin diverse terapii, inclusiv hidroterapie. Pentru a putea beneficia de ea, acesta a achiziționat, în 1926, o stațiune la Warm Springs Georgia, care a fost folosită drept Centru de Hidroterapie pentru pacienții cu poliomielită. Acest centru funcționează în prezent ca Roosevelt Warm Springs Institute for Rehabilitation.

Totuși, începutul profesiei este legat de Primul Război Mondial. Atunci, în întreaga lume, 16 milioane de oameni au fost implicați pe câmpul de luptă. În 1917, SUA au intrat în război și armata avea nevoie de servicii de reabilitare a soldaților răniți. Acest lucru a dus la formarea unei unități speciale a departamentului medical al armatei. Ei au dezvoltat, de asemenea, 15 programe de formare pentru „ajutor de recuperare” pentru a satisface cererea. În următorii 3 ani s-a dezvoltat un parteneriat între kinetoterapeuți și comunitatea medicală și chirurgicală, ceea ce a stimulat recunoașterea și validarea publică a profesiei. În anii 1930, epidemia de poliomielită continua. Ca urmare, anul 1937 marchează înființarea Fundației Naționale Americane pentru Paralizia Infantilă, care a oferit un sprijin major creșterii kinetoterapiei ca profesie.

În cel de-al Doilea Război Mondial a continuat să fie nevoie de kinetoterapeuți pentru tratarea răniților, mai ales a celor care s-au întors acasă cu amputații, arsuri, răni, fracturi și leziuni ale nervilor și ale măduvei spinării. Terapia prin aplicarea stimulării electrice a dat o nouă direcție tratamentului kinetoterapeutic. Ea a demonstrat că nu este vorba doar de a întârzia și de a preveni atrofia, ci și de a restabili masa și forța musculară.

După război a existat o perioadă de declin. Apoi, în anii 1950 a venit momentul independenței, autonomiei și profesionalismului pentru această profesie care a progresat de la tehnicieni la practicieni profesioniști. Două evenimente au contribuit la aceasta: în 1954, Asociația Americană de Fizioterapie (APTA) a dezvoltat un exa-



men de competență profesională, care a fost pus la dispoziția consiliilor de autorizare de stat. Secția pentru lucrători independenți s-a format ca o componentă a APTA, în 1955, odată cu extinderea practicii private.

În plus, rolul kinetoterapeuților în reabilitarea cardiacă a început să prindă contur. În 1952, Levine și Lown au pus la îndoială în mod deschis necesitatea repausului la pat forțat și a inactivității prelungite după un infarct miocardic. Pe baza muncii desfășurate într-un spital din Boston în anii 1940, doi medici - Mallory și White - au ajuns la concluzia că repausul îndelungat și continuu la pat „scade capacitatea funcțională, slăbește moralul și provoacă complicații”. Raportul lor a fost publicat și a atras atenția multora, ridicând numeroase întrebări clinice despre managementul bolilor cardiovasculare. La cea de-a 13-a sesiune științifică a Asociației Americane a Inimii (AHA) din Chicago în 1953, renumitul medic Louis Katz a spus comunității medicale că „medicii trebuie să fie gata să renunțe la vechile dogme atunci când se dovedesc că sunt false și să accepte cunoștințe noi”. A fost subliniată necesitatea de a continua cercetările asupra activității fizice și de a asimila aceste noi informații în schema de practică pentru pacienții cardiaci.

O altă schimbare importantă s-a petrecut în SUA, în această profesie, după conflictul din Vietnam. Uriașul număr de soldați cu probleme neuro-musculo-scheletale era greu de gestionat de foarte puținii chirurghi specializați în ortopedie pe care-i avea armata. Așa s-a ajuns la concluzia că kinetoterapeuții puteau acționa ca o „extensie a medicilor”. Ei au fost autorizați să evalueze și să trateze pacienții neuro-musculo-scheletici fără trimitere de la un medic.

Pe măsură ce creștea nevoia de kinetoterapeuți, APTA, asociația americană de profil, a făcut recomandări cu privire la admitere, curricula, educația și administrarea programelor de kinetoterapie. De asemenea, APTA s-a angajat într-un efort de a încuraja mai multe universități și școli de medicină să creeze programe și să extindă programele existente, inclusiv prin crearea de oportunități pentru educația ulterioară.

ră a absolvenților.

Deceniul 1967-1976 a adus extinderea profesiei în managementul ortopediei și al tulburărilor cardio-pulmonare. Odată cu apariția chirurgiei pe cord deschis, kinetoterapia a început să fie practică în unitățile preoperatorii și postoperatorii.

În secolul 21, profesia a continuat să crească substanțial. Pacienții sunt capabili să apeleze la serviciile unui kinetoterapeut fără a avea nevoie neapărat de recomandarea unui alt profesionist din domeniul sănătății. Kinetoterapia de generație nouă consideră mișcarea drept un element esențial al sănătății și al bunăstării.

Un program personalizat de recuperare medicală poate ajuta la obținerea unui nivel îmbunătățit de funcționare a organismului. În plus, mișcarea, combinată cu o serie de schimbări ale stilului de viață, poate contribui la prevenirea unor patologii mai grave.

*Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent*

*Surse de documentare:*

1. <https://www.who.int/campaigns/international-day-of-persons-with-disabilities/2022>
2. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/international-day-of-persons-with-disabilities-3-december.html>
3. Shaik AR, Shemjaz AM. The rise of physical therapy: A history in footsteps. Arch Med Health Sci [serial online] 2014 [cited 2022 Dec 5];2:257-60. Disponibil la: <https://www.amhsjournal.org/text.asp?2014/2/2/257/144367>

# Esențialul despre colită

*Timp de lectură: 7 minute*

---

Există diferite tipuri de colită, cu cauze diferite. Unele colite sunt de scurtă durată și ușor de tratat, cum ar fi atunci când avem o infecție bacteriană din cauza unei intoxicații alimentare. Alte tipuri - numite boli inflamatorii intestinale (BII) - sunt de natură cronică și dificil de tratat.

Bolile inflamatorii intestinale sunt un grup de afecțiuni care provoacă inflamații cronice în colon. Acestea includ, printre altele, colita ulceroasă și boala Crohn. Aceste afecțiuni afectează în mod obișnuit persoanele cu vârsta cuprinsă între 15-35 de ani, existând însă și un al doilea vârf al afecțiunii la persoanele cu vârsta de 60-70 de ani.

În Europa, prevalența bolii Crohn variază între 1,5 și 213 cazuri la 100.000 de persoane, în timp ce prevalența colitei ulceroase variază între 2,4 și 294 la 100.000 de persoane.

În general, se estimează că 0,3% din populația europeană a fost diagnosticată cu BII, ceea ce corespunde unui total de 2,5-3 milioane de persoane. În America de Nord, prevalența BII a atins deja 0,5%

Every **30 minutes** someone in the UK is diagnosed with **Crohn's or Colitis.**

**1 in 4** people newly diagnosed are under **16.**

**Treatments can include:**

- medication
- surgery
- diet

**Crohn's and Colitis can cause:**

- abdominal pain
- diarrhoea
- anaemia
- depression
- osteoporosis
- weight loss
- mouth ulcers
- joint pain
- fatigue
- fistulas

**Parts of the digestive system become swollen, inflamed and ulcerated.**

**Crohn's Disease**

- Can affect any part of the digestive system
- All layers of the bowel may be inflamed.

**Ulcerative Colitis**

- Affects the rectum and colon.
- Only the inner lining of the colon is inflamed

**Possible causes:**

- Your genes.
- + An abnormal reaction of the immune system to bacteria in the gut.
- ↑ Triggered by something in the **Environment.**

**There is no known cure.**

[www.crohnsandcolitis.org.uk](http://www.crohnsandcolitis.org.uk)

Registered charity in England and Wales (187942) and Scotland (06008692)

din populație și se estimează că va afecta aproximativ 4 milioane de persoane până în 2030.

Aceste afecțiuni nu au o cauză directă. Mulți cercetători cred că sunt un tip de boală autoimună, ceea ce înseamnă că ele determină sistemul imunitar să funcționeze greșit și să își atace propriile țesuturi. Bolile autoimune par să fie parțial genetice și parțial declanșate de factori de mediu.

Simptomele pot varia, în funcție de severitatea inflamației și de locul în care apare aceasta și includ: diaree, adesea cu sânge; sângerare rectală - eliminarea unei cantități mici de sânge odată cu scaunul; dureri abdominale și crampe; pierdere în greutate sau, la copii, limitarea creșterii; oboseală cronică sau chiar depresie și febră.

Diferitele tipuri de colită au cauze diferite:

- Colita infecțioasă este cauzată de o infecție virală, parazitară sau bacteriană. Salmonella și E. coli sunt cauze comune. Cei mai mulți oameni o contactează în urma consumului de alimente sau apă contaminate. De obicei, este temporară, iar unii oameni pot avea nevoie de antibiotice pentru a se trata.
- Colita pseudo membranoasă. Acest tip de colită este cauzat de o bacterie specifică cunoscută sub numele de C. diff (clostridio-ides difficile). Oamenii fac adesea colită pseudo membranoasă după ce iau antibiotice. Bacteria C. diff trăiește în mod obișnuit în intestine, dar anumite antibioticeucid alte bacterii care ajută la menținerea ei sub control, ceea ce face ca C. diff să se dezvolte excesiv.
- Colita alergică. Colita alergică afectează de obicei copiii care sunt alăptați. Este cauzată de intoleranțe alimentare, precum intoleranța la lactoză.
- Colita ischemică este un efect secundar al sindromului ischemic intestinal, care apare atunci când intestinele nu sunt suficient de bine irigate cu sânge. Ischemia este de obicei cauzată de un blocaj în vasele de sânge, cum ar fi un cheag de sânge, un ane-

vrism sau ateroscleroză.

- Colita de iradiere este un efect secundar al radioterapiei, care este folosită pentru a trata anumite tipuri de cancer. De obicei, este temporară, dar unii oameni dezvoltă simptome pe termen lung.
- Colita de deviere este un efect secundar care poate apărea la persoanele care au suferit o colostomie. Aceasta apare în partea colonului care nu mai este folosită.

Diagnosticarea BII se face în urma unor examinări complexe, începând cu examinarea fizică și continuând cu analizele de sânge, testele de scaun, precum și testele imagistice de examinare a colonului. Testele endoscopice care permit vizualizarea interiorului colonului pot fi utile în mod special pentru a diagnostica tipul de colită. Examenele endoscopice, inclusiv colonoscopia și sigmoidoscopia flexibilă, permit prelevarea de mostre de țesut din interiorul colonului care pot dezvălui informații importante.

Majoritatea persoanelor cu colită ulceroasă au simptome ușoare sau moderate, iar evoluția acestei afecțiuni poate varia, unele persoane având perioade lungi de timp în care ea dispare. Din păcate, în multe cazuri de colită cronică apar complicații serioase, care includ perforarea colonului. Inflamația cronică slăbește pereții colonului, făcându-i mai predispuși la rupere. O asemenea perforare/ruptură face ca bacteriile din colon să infecteze cavitatea abdominală (peritonită) și, eventual, fluxul sanguin (septicemie), ceea ce este deosebit de periculos.

De asemenea, o inflamație severă poate face ca pereții colonului să se dilate, interferând cu contracțiile musculare naturale ale acestuia (peristaltism), ceea ce duce la reținerea alimentelor și gazelor în colon (obstrucție a intestinului gros), care, la rândul ei, crește riscul de ruptură.

Inflamația pe termen lung este asociată și cu modificări celulare în peretele colonului, care pot evolua uneori spre modificări canceroase. Riscul crește rapid după primul deceniu de colită cronică. În



același timp, persoanele cu boli inflamatorii intestinale (BII) sunt mai susceptibile de a avea alte boli inflamatorii în alte părți ale corpului, precum osteoartrita (inflamarea articulațiilor) și colangita sclerozantă primară (o boala a căilor biliare, care se inflamează și astfel îngustează calea prin care circulă bila).

Tratamentul colitei, care se concentrează, în general, pe îmbunătățirea simptomelor, depinde de tipul de colită și de cauza acestei, putând include:

- medicamente - antibiotice pentru a trata infecțiile, corticosteroizi pentru a trata inflamația sau modificatori ai răspunsului imunitar (pentru a reprima răspunsul autoimun).
- schimbări ale dietei – de exemplu, se recomandă evitarea alimentelor care declanșează crizele de colită și includerea altor alimente sau suplimente pentru o nutriție adecvată. De exemplu, pentru a menține inflamația cronică la un nivel scăzut, se recomandă să evitați alimentele foarte inflamatorii, în special alimentele procesate, bogate în zahăr și grăsimi. Se recomandă în schimb mai multe grăsimi sănătoase, nesaturate, pentru a calma inflamația, cum ar fi uleiul de măsline, avocado, nucile și peștele gras.
- chirurgie - persoanele cu anumite tipuri de colită, inclusiv enterocolita necrozantă și colita ischemică, pot avea nevoie de intervenție chirurgicală pentru a trata complicațiile. Intervenția chirurgicală nu vindecă neapărat aceste afecțiuni, dar poate fi necesară pentru a opri sângerarea, a repara o perforație sau a elimina un blocaj. De exemplu, colita ischemică rezultată din sindromul ischemic intestinal nu va dispărea până când nu se restabilește fluxul sanguin în colon.

Colita acută, care este cauzată de o infecție temporară, de o intoleranță alimentară sau de expunerea la radiații, dispare de obicei de la sine. Infecțiile durează aproximativ o săptămână, în timp ce colita provocată de radiații durează câteva luni. Unele tipuri de infecții pot avea nevoie să fie tratate cu antibiotice pentru a dispărea, în special



infecțiile cu paraziți. Colita alergică dispăre atunci când agentul alergen a dispărut din corp.

Creșterea rapidă la nivel mondial a BII în ultimul secol face ca cercetătorii să presupună că factorii de mediu au accelerat această creștere, deoarece factorii genetici de risc au rămas relativ neschimbați în același interval de timp.

De exemplu, pentru Boala Crohn, factorii de risc cunoscuți includ fumatul, amigdalectomia, apendicectomia și traiul în mediul urban, acesta din urmă fiind, de asemenea, un factor de risc pentru sindromul intestinului iritabil. În plus, creșterea prevalenței BII a fost asociată cu folosirea contraceptivelor orale, deficiența de vitamina D sau utilizarea de antibiotice.

Din fericire, au fost identificați și factori protectori. Astfel, cercetătorii indică 7 factori care reduc riscul dezvoltării afecțiunilor din spectrul BII: activitatea fizică (pentru Boala Crohn), alăptarea (sindromul intestinului iritabil), a împărți patul cu altcineva (Boala Crohn), consumul ceaiului (colita ulceroasă), nivelul crescut de acid folic (sindromul intestinului iritabil), nivelul crescut de vitamina D (Boala Crohn) și infecția cu *H pylori* (Boala Crohn, colita ulceroasă și sindromul intestinului iritabil).

*Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent*

*Surse de documentare:*

1. The epidemiology of inflammatory bowel disease: balance between East and West? A narrative review - Hammer - Digestive Medicine Research (amegroups.com)
2. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/ulcerative-colitis/symptoms-causes/syc-20353326>
3. <https://crohnsandcolitis.org.uk/news-stories/news-items/>

10-things-you-need-to-know-about-ulcerative-colitis

4. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/colitis>

5. Colitis: Symptoms, What it Is, Types & Treatment (clevelandclinic.org)

## Cum să fi tu însuți, de Ellen Hendriksen, Editura Trei, 2019

LINIȘTEȘTE-ȚI CRITICUL INTERIOR  
ȘI DEPĂȘEȘTE ANXIETATEA SOCIALĂ

# CUM SĂ FII TU ÎNSUȚI



PP  
PSIHOLOGIE  
PRACTICĂ

ELLEN HENDRIKSEN

TREI

**P**atru din zece persoane consideră că sunt timide. Ele se referă la sine spunând că „nu se simt confortabil” în societate – pot vorbi deschis între prieteni, dar rămân fără cuvinte în întâlnirile cu multa lume. Când se plâng ca se sunt intimidată de o discuție cu șeful lor sau de a vorbi în fața unei audiențe, aud veșnica încurajare: „Poarta-te firesc! Fii tu însuți!”. Dar cum să faci asta, mai ales când ești predispus la anxietate socială.

Oferind explicații științifice clare, sfaturi directe și povești de viață încurajatoare, Ellen Hendriksen pleacă, în cartea sa, de la o premisă surprinzătoare: orice timid are în el suficiente resurse pentru a face față unor situații sociale noi și angoasante.

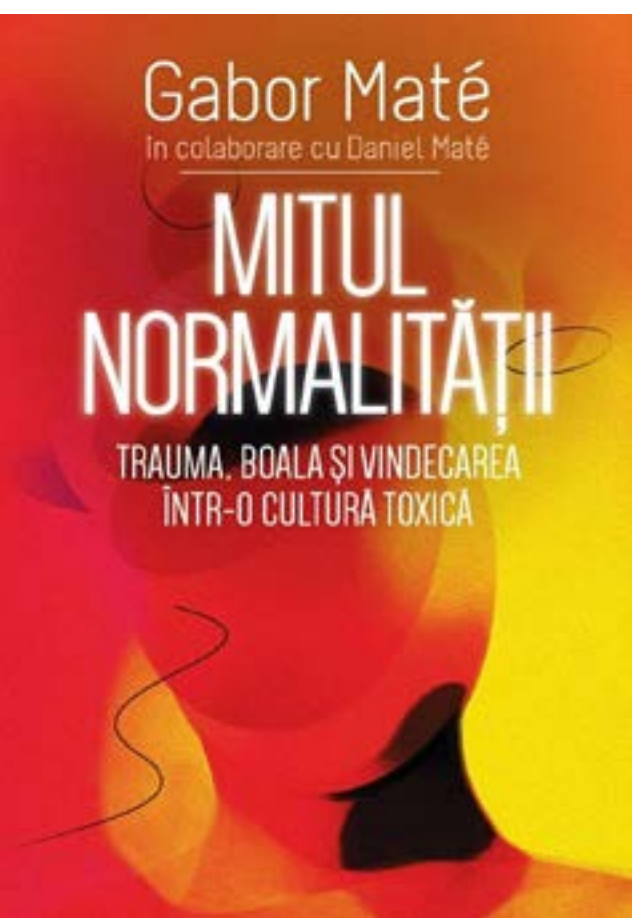
Cartea ajută cititorul să înțeleagă rădăcinile anxietății sociale și în ce fel mintea noastră poate fi

„resetată”, prin schimbarea unor comportamente și prin reducerea la tăcere a Criticului Interior – acea voce enervantă care-ți șoptește: „Toți te vor judeca”.

Folosind umorul și expertiza psihoterapeutică, autoarea îi ajută pe cei timizi să-și regăsească încrederea și să contracareze anxietatea încă din față, să se simtă în largul lor și să fie ei înșiși.

Ellen Hendriksen este psiholog clinician la Centrul pentru Anxietate și alte Tulburări Asociate de la Universitatea din Boston.

## Mitul normalității. Trauma, boala și vindecarea într-o cultură toxică, de Gabor Mate, Editura Herald, 2022



Cu peste patru decenii de experiența clinică, Mate a ajuns să recunoască predominanța înțelegere a "normalității" ca fiind una incompletă, deoarece neglijează cu totul rolul pe care atât traumele, cât și stresul, precum presiunile vieții moderne, le exercită asupra corpului și minții noastre în detrimentul stării de sănătate.

Cu toată expertiza și sofisticarea tehnologică, medicina occidentală eșuează să trateze persoana ca întreg, ignorând modul în care cultura toxică din zilele noastre stresează organismul, încarcă sistemul imunitar și subminează echilibrul emoțional.

În cea mai recentă carte a sa, Gabor Mate își dirijează atenția către a deconstrui cele mai comune mituri despre ceea ce ne îmbolnăvește. El subliniază punctele comune ce apar între bolile indivizilor și declinul coeziunii sociale, oferindu-ne un

ghid pentru sănătate și vindecare plin de compasiune. Scrisă alături de fiul său Daniel Mate, *Mitul normalității* este cea mai ambițioasă carte a lui Gabor Mate de până acum.

Cartea este o investigație revoluționară a surselor bolilor, o critică încurajatoare a modului în care societatea poate favoriza dezvoltarea afecțiunilor cronice, dar și o cale către sănătate și vindecare. Cartea tratează:

1. Tensiunea dintre atașament și autenticitate exprimată prin deconectarea de sine;
2. Amprenta traumei și a stresului cronic în societate;
3. Modurile în care ideea de normalitate a culturii occidentale moderne subminează bunăstarea și dezvoltarea;
4. Conexiunile dintre emoții și sistemul nervos și imunitar;
5. Aspectele profunde ale compasiunii și calea spre reconectare.

## Medicina, nutriție și bună dispoziție, de Simona Tivadar, Editura Humanitas, 2018



DR. SIMONA TIVADAR  
MEDICINĂ, NUTRIȚIE  
ȘI BUNĂ DISPOZIȚIE

HUMANITAS

Autoarea crede că "râsul împreună cu doctorul de nutriție nu îngrașă!". În plus, ea încearcă să combată pseudoștiința și abundența de testimoniale contrafăcute despre leacuri miraculoase contra orice sau preventive contra nimic.

Așa s-a hotărât să scrie despre biologia și funcționarea corpului omenesc, despre biochimie și alimente și despre adevărurile verificabile, dar și despre fanteziile imposibil de reprodus promovate de medicina alternativă.

Practic, a început prin a scrie ceea ce s-ar putea numi pamflete medicale, pe care le-a postat pe Facebook. Fără ură și resentiment, ca fiecare să aleagă orice i se pare potrivit sănătății sale, cu condiția să nu se pună pe sine și pe alții în pericol și să aleagă informat. A scris așa cum vorbește de



obicei, cu umor, pentru că ea crede că «glumind putem spune orice, chiar și adevărul» (Sigmund Freud).

Într-o bună zi a fost contactată de Editura Humanitas care i-a propus să adune textele sale într-o carte, cea de față. Aceasta oferă răspunsuri la întrebări despre mâncarea sănătoasă, vitamine, antioxidanți și despre multe alte dileme ale omului modern.

Doina Carmen Mazilu – coordonator

Mirela Mustață – redactor executiv

Ana-Maria Roșu – secretarul redacției

Cristian Oancea – designer editorial

Ne puteți scrie la email:

[secretariat@oammruc.ro](mailto:secretariat@oammruc.ro)

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