

eAsistent.ro

Revista oficială a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și
Asistenților Medicali din România - filiala Municipiului București

IANUARIE 2024



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

Cum va arăta medicina viitorului și ce loc vor avea asistenții medicali în ea 4

EDUCAȚIE MEDICALĂ

În fiecare zi, aproximativ 830 de femei mor din cauze care pot fi prevenite, legate de sarcină și naștere 8

EVENIMENT

Ianuarie, Luna de Conștientizare a cancerului de col uterin 16

INTERVIU

Cele mai frecvente mituri despre colesterol – episodul 2 21

ISTORIE

Transplantul de organe face parte din top 10 progrese medicale din istorie (Episodul 1) 27

LUMEA MEDICALĂ

Cum va arăta realitatea lumii medicale în 2024? 34

CĂRȚI MEDICALE

Farmacologie pentru asistenți medicali și balneo-fiziokinetoterapeuți, de Ioana Andreia Coman, Ed. Medicală, 2023 41

De ce nu mi-a spus nimeni înainte acest lucru? ("Why Has Nobody Told Me This Before?") de Julie Smith, Ed. Michael Joseph, 2022 43

Viitorul medicinei. Cum să ne bucurăm de o viață mai lungă și mai sănătoasă ("Future of Medicine How We Will Enjoy Longer, Healthier Lives"), de James Temperton, Ed. Cornerstone, 2021 44

ECHIPA EDITORIALĂ 45

Foto copertă: <https://www.oligotherapeutics.org/exa-cel-a-potential-breakthrough-with-astounding-results>



Cum va arăta medicina viitorului și ce loc vor avea asistenții medicali în ea

La început de an toți obișnuim să ne gândim la ce va aduce viitorul. De obicei, ne gândim la anul care vine, dar, în egală măsură, am putea fi interesați de următorul deceniu, de exemplu.

Același interes pare să existe și în lumea oamenilor de știință. De altfel, cercetarea modelelor medicinei viitorului este o preocupare importantă pentru cercetători, practicieni, dar poate fi un subiect de interes pentru întreaga societate, ne spun autorii unui recent studiu¹.

Recenta pandemie provocată de Covid-19 a adus în discuție, mai mult ca oricând, tema transformărilor necesare în domeniul sănătății și îngrijirilor de sănătate. Dincolo de aceasta, tehnologiile axate pe bunăstarea persoanei, personalizarea intervențiilor bazată pe date și schimbările climatice vor deveni factori cheie pentru dezvoltarea medicinei în următorii 50 de ani. Însă opiniile experților par să fie împărțite, exprimând grade diferite de optimism în ceea ce privește viitorul disponibilității tratamentelor medicale avansate pentru toți și dezvoltarea durabilă a asistenței medicale.

Principalele provocări despre care vorbesc experții pe termen scurt și mediu sunt: lupta cu stresul provocat de activitatea profesională, furtul datelor bio-medicale, turismul medical, creșterea importanței tehnologiilor axate pe bunăstare (asistența medicală bazată pe valoare, furnizarea inteligentă și telemedicina), personalizarea bazată pe date (spitale inteligente și dispozitive portabile).

Practic, ipoteza de lucru este aceea că personalizarea și tehnologizarea asistenței medicale vor deveni tendințe cheie în dezvoltarea asistenței medicale pe termen scurt, mediu și lung.

În aceste condiții, opiniile experților² care vorbesc despre rolul asistenților medicali în viitoarea arhitectură a sistemelor de sănătate din spitale și comunitate ne spun că:

- Organizațiile din domeniul sănătății vor trebui să investească în resurse și formare pentru a-i sprijini pe asistenții medicali absolvenți pe parcursul primilor 2-3 ani de la angajare pentru a-i păstra la patul bolnavului. În timp ce unele dintre școlile de asistență medicală

1 Medicine of the future: How and who is going to treat us? - <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016328723000010>

2 <https://www.wolterskluwer.com/en/expert-insights/navigating-the-future-of-health-care-a-glimpse-into-2024-with-wolters-kluwer-health>

de top se orientează către absolvirea cât mai multor asistenți medicali pregătiți pentru practică, nu toți sunt experți la intrarea în câmpul muncii și ar putea dura ceva timp pentru a deveni încrezători în majoritatea situațiilor. Prin urmare, noii absolvenți prezintă cel mai mare risc de a părăsi organizațiile de asistență medicală în primii câțiva ani de la intrarea în câmpul muncii. Așadar, pentru a reține noii asistenți medicali și pentru a diminua fluctuația de personal, sunt necesare investiții în formare prin programe de îndrumare sau rezidențiat pentru asistente medicale, mentori și resurse de sprijin pentru deciziile clinice la punctul de îngrijire, pentru a sprijini noii asistenți medicali și a le demonstra că sunt apreciați de respectivele spitale. Mediile academice și cele de practică vor trebui să se asocieze pentru a identifica competențele de care au nevoie cu adevărat asistenții medicali debutanți. (Anne Woods, asistentă șefă la Wolters Kluwer Health)

- Pe măsură ce organizațiile de asistență medicală adoptă din ce în ce mai mult modele care abordează atât aspectele clinice, cât și cele non-clinice ale nevoilor pacienților, asistenții medicali comunitari trebuie și ei pregătiți să joace un rol esențial în îmbunătățirea calității asistenței medicale, în facilitarea coordonării asistenței medicale, în reducerea sarcinilor furnizorilor de sănătate și în promovarea încrederii în rândul pacienților. Proiecțiile indică o creștere substanțială de 14 % în ceea ce privește ocuparea forței de muncă a lucrătorilor din domeniul sănătății comunitare între 2022 și 2032, un procent care depășește rata medie de creștere pentru toate ocupațiile. Această schimbare reflectă un răspuns strategic la provocările legate de forța de muncă, subliniind contribuția vitală a rolurilor extinse în cadrul echipelor de asistență medicală (Cheryl Pegus, director general, Morgan Health Ventures)

Așadar, viitorul pare să aducă provocări importante pentru domeniul în care activează asistenții medicali, despre care merită să discutăm, pentru a fi mai bine pregătiți și echipați să le facem față.

În plus de aceste analize referitoare la viitorul profesiilor noastre, vă

Încurajez să citiți articolele lunii ianuarie din revistă și vă trimit cele mai bune gânduri pentru anul nou.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București

În fiecare zi, aproximativ 830 de femei mor din cauze care pot fi prevenite, legate de sarcină și naștere

Timp aprox. de lectură: 10 minute

Potrivit ultimelor estimări publicate într-un raport recent („*Trends in maternal mortality*”) al Organizației Națiunilor Unite, la fiecare două minute, o femeie moare în timpul sarcinii sau al nașterii. Acest raport arată regrese alarmante pentru sănătatea femeilor în ultimii ani, deoarece decesele materne fie au crescut, fie au stagnat în aproape toate regiunile lumii. Raportul, care urmărește decesele materne la nivel național, regional și global din 2000 până în 2020, arată că, în 2020, s-au înregistrat aproximativ 287 000 de decese materne la nivel mondial.

În timp ce raportul prezintă unele progrese semnificative în ceea ce privește reducerea numărului de decese materne între 2000 și 2015, după această perioadă, progresele au stagnat în mare măsură sau, în unele cazuri, chiar s-au inversat și lucrurile s-au înrăutățit. Un astfel de caz este cel al Regatului Unit. Raportul 2023 MBRRACE-UK, care analizează decesele materne între 2019 și 2021 în Regatul Unit, arată că, în general, decesele materne au crescut cu 15% din 2009.

În două dintre cele opt regiuni ale ONU - Europa și America de Nord

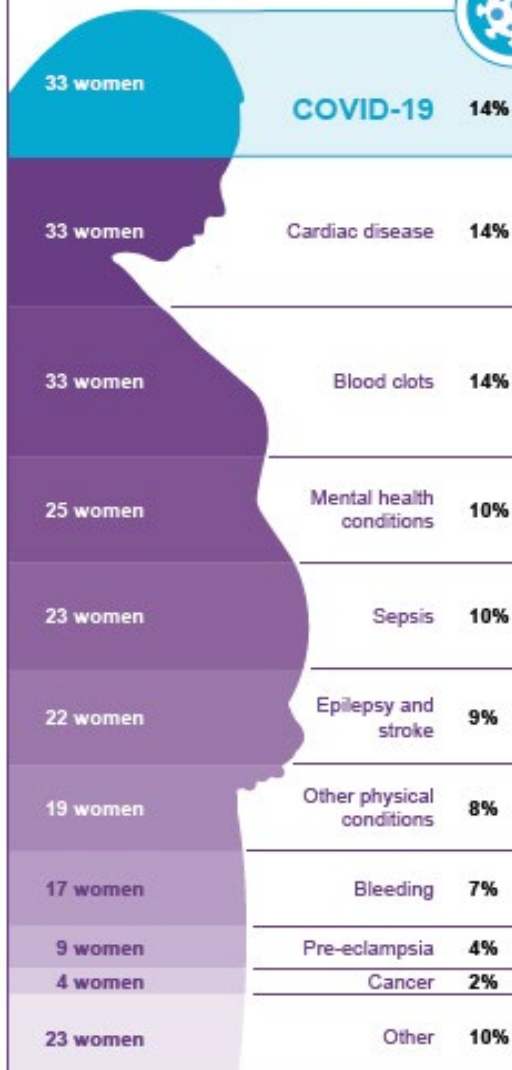
In 2019-21, **241 women died** during or up to six weeks after pregnancy among 2,066,997 women giving birth in the UK.

11.7 women per 100,000 died during pregnancy or up to six weeks after childbirth or the end of pregnancy.

Causes of women's deaths

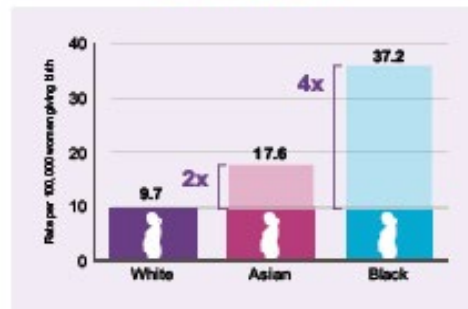


When maternal deaths due to COVID-19 are excluded, **10.1 women** per 100,000 died during pregnancy or up to six weeks after childbirth or the end of pregnancy

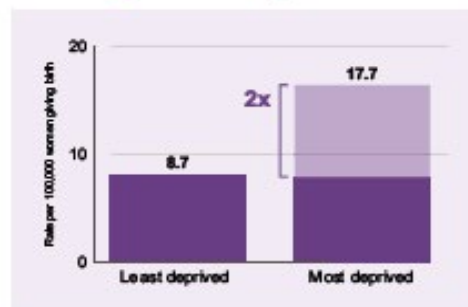


Inequalities in maternal mortality

Ethnic group



Living in more deprived areas



și America Latină și Caraibe - rata mortalității materne a crescut din 2016 până în 2020, cu 17% și, respectiv, 15%. În alte părți, rata a stagnat. Raportul notează, totuși, că progresele sunt posibile. De exemplu, două regiuni - Australia și Noua Zeelandă și Asia Centrală și de Sud - au înregistrat scăderi semnificative (cu 35% și, respectiv, 16%) ale ratei mortalității materne, în aceeași perioadă, la fel ca și 31 de țări din întreaga lume.

Ca număr total, decesele materne continuă să fie în mare parte concentrate în cele mai sărace părți ale lumii și în țările afectate de conflicte. În 2020, aproximativ 70 % din totalul deceselor materne au avut loc în Africa Subsahariană. În nouă țări care se confruntă cu crize umanitare grave, ratele mortalității materne au fost mai mult decât duble față de media mondială (551 decese materne la 100 000 de nașteri vii, față de 223, la nivel global).

În ceea ce privește multe aspecte ale dezvoltării globale, este adevărat că lumea a făcut multe progrese în trecut și știm că putem face multe progrese în continuare. Chiar și țările cu cea mai bună sănătate maternă din prezent au avut rate foarte ridicate ale mortalității materne în trecut. De exemplu, în Suedia și Finlanda, în anul 1800, în jur de 900 de mame au murit la fiecare 100.000 de nașteri vii [aproape 1 la 100].

Țările care au înregistrat cele mai mari progrese (cea mai mică rată a mortalității materne) sunt Finlanda, Grecia, Islanda și Polonia. Remarcabile sunt progresele Finlandei în cursul celei de-a doua jumătăți a secolului al XIX-lea.

În secolul al XX-lea, disponibilitatea antibioticelor a făcut posibilă tratarea cazurilor de febră puerperală, iar decesul unei mame este astăzi, din fericire, foarte rar. Însă, scăderea mortalității materne în Finlanda a început la mijlocul secolului al XIX-lea și nu a ajuns la nivelul scăzut de astăzi decât după mai bine de un secol. În schimb, Malaezia a realizat acest progres în doar câteva decenii.

Cu toate acestea, există câteva țări în care o tânără de astăzi are mai multe riscuri să moară la naștere decât mama ei în urmă cu o generație. Vorbim aici despre Statele Unite, Serbia, Georgia, Sfânta Lucia, Bahamas, Coreea de Nord, Jamaica, Tonga, Venezuela, Africa de Sud, Surinam, Guyana și Zimbabwe.

În prezent, regiunea lumii cu cea mai scăzută mortalitate maternă este Uniunea Europeană, unde mor 8 femei la 100.000 de nașteri vii.

În lumea de astăzi, unde 140 de milioane de femei nasc în fiecare an,

dacă toate țările ar avea acest nivel de mortalitate maternă, ar muri doar 11 000 de femei față de aproximativ 287 000 de decese câte sunt în prezent, ceea ce reprezintă o reducere de 95%. Dacă ne gândim în acest fel, aproape toate decesele materne din lume pot fi prevenite cu ajutorul unei îngrijiri materne adecvate, al unor nașteri sigure, al unei bune alimentații, al igienei și salubrității. Acesta este, de asemenea, mesajul Organizației Mondiale a Sănătății: **"În fiecare zi, aproximativ 830 de femei mor din cauze care pot fi prevenite, legate de sarcină și naștere"**.

Scăderea de 100 de ori a mortalității materne se datorează înțelegerii științifice moderne a cauzei mortalității materne și adoptării unor practici care par surprinzător de simple în retrospectivă. Istoria declinului mortalității materne a început cu un fel de studiu controlat, unul care nu a fost planificat, dar care s-a întâmplat aproape accidental.

La mijlocul secolului al XIX-lea, cea mai mare maternitate din lume se afla la Viena. La acea vreme, septicemia puerperală era cea mai frecventă cauză a deceselor materne. Această infecție a uterului ucidea proaspetele mame la scurt timp după naștere.

Maternitatea din Viena era împărțită în două aripi, iar de ceva timp medicii observaseră o diferență izbitoare între aripi, pe care nu reușeau să o explice. Medicii și studenții la medicină învățau în prima aripă, în timp ce moașele învățau în cea de-a doua. În prima aripă, fiecare a zecea mamă murea de septicemie puerperală, în timp ce în cea de-a doua "doar" una din 25 murea. În plus, femeile erau admise în clinici nu în funcție de cât de complicat era cazul lor, ci pur și simplu în zile alternative - cu alte cuvinte, prin repartizare aleatorie. În mod neintenționat, spitalul a creat condițiile potrivite pentru un experiment natural.

În 1846, tânărul medic vienez Ignaz Semmelweis a fost numit la spital. El avea bănuiala că diferențele dintre practicile de rutină ale celor două aripi îi vor permite să înțeleagă ce cauzează ratele alarmante de mortalitate din una dintre ele. El a observat că în prima aripă,

unde 10% dintre tinerele mame pieriseră, studenții la medicină alternau între a ajuta femeile să nască și a asista la examinările post-mortem ale femeilor care muriseră de septicemie puerperală. Aceștia își desfășurau activitatea în haine obișnuite de zi, mai degrabă decât în halate albe și curate, iar între autopsii și nașteri, nu se spălau pe mâini. În schimb, elevele moașe din cea de-a doua clinică nu au efectuat examinări postmortem. Și astfel, cu mulți ani înainte ca rolul bacteriilor în boli să fie cunoscut, Semmelweis a ajuns la concluzia că boala pe care o studia era contagioasă și că *medicii erau* cei care o transmiteau.

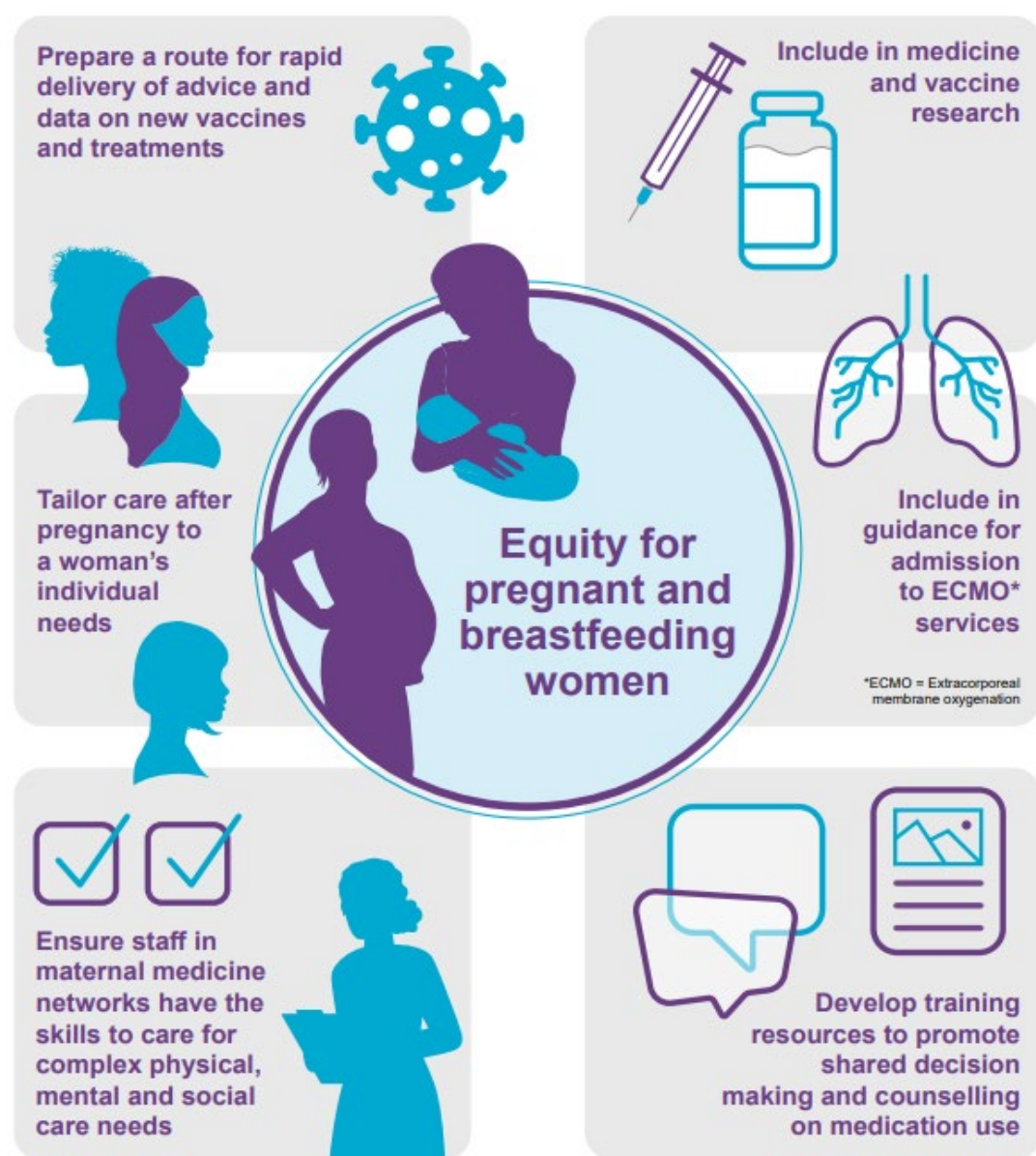
Semmelweis a descoperit, de asemenea, că o substanță chimică ar distruge agentul care a dus la apariția bolii și, prin urmare, a insistat ca studenții săi să se dezinfecteze pe mâini cu aceasta înainte de a intra în saloanele de travaliu. Acest lucru a dus la rezultate spectaculoase. Până în 1848, ratele mortalității materne din cele două clinici din cadrul maternității din Viena erau comparabile.

Abia în a doua jumătate a secolului al XIX-lea antisepsia a fost introdusă pe scară largă în practica obstetricală de rutină. Această schimbare, împreună cu descoperirea antibioticelor și dezvoltarea transfuziei de sânge în prima jumătate a secolului XX, a redus drastic riscul de a muri la naștere.

Sângerările grave, hipertensiunea arterială, infecțiile legate de sarcină, complicațiile avortului în condiții de risc și afecțiunile de bază care pot fi agravate de sarcină (cum ar fi HIV/SIDA și malaria) sunt principalele cauze ale deceselor materne. Toate acestea pot fi în mare parte prevenite și tratate dacă există acces la asistență medicală de înaltă calitate și făcută cu respectul cuvenit pacientului.

Lumea trebuie să accelereze în mod semnificativ progresele în vederea atingerii obiectivelor globale de reducere a deceselor materne, în caz contrar riscând să piardă viața a peste 1 milion de femei în plus până în 2030.

"Este inacceptabil ca atât de multe femei să continue să moară inutil



În timpul sarcinii și al nașterii. Peste 280.000 de decese într-un singur an este de neconceput", a declarat directorul executiv al UNFPA, Dr. Natalia Kanem. "Putem și trebuie să facem lucrurile mai bine, investind urgent în planificarea familială și acoperind deficitul global de 900.000 de moașe, astfel încât fiecare femeie să poată primi îngrijirea salvatoare de care are nevoie. Avem instrumentele, cunoștințele și resursele necesare pentru a pune capăt deceselor materne care pot fi prevenite. Ceea ce ne trebuie acum este voința politică."

Un factor important pentru o naștere sigură atât pentru mamă, cât și pentru copil este reprezentat de sfaturile, îngrijirea și supravegherea

de către personalul medical calificat. Olanda este una dintre țările care înțelege cel mai bine acest lucru și a creat un sistem medical și social excelent pentru a sprijini noii părinți și familiile tinere.

Succesul acestui sistem este reflectat de mai mulți indicatori cheie, inclusiv de ratele depresiei post-partum.

Conform statisticilor, prevalența depresiei postpartum a crescut de la 9% (în 2010) la 19% (în 2021). Ceva, undeva, a mers drastic prost. În doar 10 ani, am asistat la o creștere de 105% a ceva ce ar fi trebuit să scadă în schimb. În Statele Unite, depresia postpartum afectează fiecare 1 din 7 femei (15% dintre proaspetele mame), în timp ce în Olanda afectează doar 1 din 12 femei (8-9% dintre proaspetele mame).

În același timp, o altă caracteristică specială a sistemului olandez este așa-numitul **kraamzorg** - "*asistență maternală*". În Țările de Jos, există companii **kraamzorg** care pun la dispoziție o asistentă profesională sau un îngrijitor care va veni la domiciliul dumneavoastră timp de 7 zile după naștere, doar pentru a avea grijă de dumneavoastră și de bebelușul dumneavoastră.

Iată ce spune o tânără mamă despre acest sistem: "În momentul în care am ajuns acasă, asistenta noastră Lisette (*o felicit din suflet!*) a fost acolo pentru a se ocupa de noi. A venit la doar 20 de minute după ce am ajuns și a început să ne explice diverse lucruri. L-a luat pe bebeluș, care era surprinzător de calm în mâinile ei, și i-a schimbat scutecul, i-a verificat temperatura și mi l-a pus să îl hrănesc. Copilul era atât de mic pe atunci, încât mă neliniștea și cum să-l țin în brațe. Dar ea ne-a ajutat să înțelegem cum să îl ținem în brațe și cum să ne descurcăm cu el pe parcursul zilei. Prima zi cu ea a fost atât de liniștitoare încât nu am vrut să plece! De obicei, Kraamzorg petrece aproape 3-4 ore pe zi cu o familie. Dacă petrec 3 ore cu tine, se vor duce la o altă familie pentru restul de 4 ore. Dacă petrec 4 ore cu tine, vor dedica cele 3 ore rămase unei alte familii. Așa se împarte, de obicei, ziua lor.

Îngrijitoarea noastră a stat cu noi 4 ore în fiecare zi, deoarece moașa mea a solicitat companiei Kraamzorg un program prelungit, deoarece am avut o intervenție chirurgicală majoră după naștere.”

Acesta este unul dintre modurile în care sunt evitate cazurile de depresie post-partum, ceea ce contribuie, de asemenea, la scăderea ratelor de mortalitate maternă, demonstrând foarte clar că îngrijirea de către profesioniști calificați, profesioniști din domeniul sănătății - cum ar fi obstetricieni, asistente medicale și moașe, dar și din alte profesii, cum ar fi profesioniștii din domeniul asistenței sociale - înainte, în timpul și după naștere poate salva viețile femeilor și ale nou-născuților.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. Maternal Mortality - Our World in Data
2. A woman dies every two minutes due to pregnancy or childbirth: UN agencies (who.int)
3. <https://www.birthcompanions.org.uk/resources/mbrace-uk-saving-lives-improving-mothers-care-2023> sursa foto
4. How the Netherlands provides amazing maternity care at home, for free! | by Mehek Kapoor | Stories From Heart | Dec, 2023 | Medium
5. Sursa foto: <https://www.birthcompanions.org.uk/resources/mbrace-uk-saving-lives-improving-mothers-care-2023>

Ianuarie, Luna de Conștientizare a cancerului de col uterin

Timp aprox. de lectură: 3 minute

Cancerul de col uterin este al patrulea cel mai frecvent cancer la femei la nivel mondial, cu un număr estimat de 604 000 de cazuri noi și 342 000 de decese în 2020. Conform datelor Sistemului European de Informații cu Privire la Cancer (ECIS), în anul 2020, dintre cele 30.447 de cazuri noi și 13.437 decese estimate la nivel european prin cancer de col uterin, 11,1 % din cazurile noi și 13,4% din decese s-au înregistrat în România.

În 2022, România a continuat să înregistreze cea mai ridicată incidență (32,6 /%00 femei, de 5 ori mai mult decât în Finlanda - 6,4 /%00 femei) și cea mai ridicată mortalitate prin cancer de col uterin în Uniunea Europeană (16,8/%00 femei, de 8 ori mai mult decât Finlanda - 2,2/%00 femei).

Și aceasta în condițiile în care, cancerul de col uterin poate fi vindecat, dacă este diagnosticat într-un stadiu incipient și tratat cu promptitudine.

De aceea, creșterea gradului de conștientizare a publicului și accesul



Institutul
Național de
Sănătate Publică

Campanie de prevenire a
cancerului de col uterin
Ianuarie 2024

INFORMEAZĂ-TE!
TESTEAZĂ-TE!
VACCINEAZĂ-TE!

insp.gov.ro



MINISTERUL SANATATII



la informații și servicii sunt esențiale pentru prevenirea și controlul bolii.

Iată de ce sunt de apreciat eforturile tot mai mari la nivel global și național cu privire la această boală, cum ar fi instituirea lunii de conștientizare asupra bolii și organizarea diferitelor campanii pe această temă, cum ar fi campania organizată în România, în ianuarie 2024, de către Ministerul Sănătății, prin Institutul Național de Sănătate Publică.

Este o campanie care are ca scop informarea, educarea și conștientizarea publicului cu privire la importanța prevenirii prin vaccinare, diagnosticării precoce prin screening și tratării precoce a cancerului de col uterin.

Vaccinarea profilactică împotriva HPV, precum și depistarea și tratamentul leziunilor precanceroase, sunt modalități eficiente de prevenire a cancerului de col uterin și sunt și foarte eficiente din punct de vedere al costurilor medicale.

Impactul programelor de vaccinare anti HPV asupra incidenței cancerelor cauzate de HPV este clar și semnificativ.

Astfel, un studiu realizat în 2020 în Suedia a arătat că riscul de a dezvolta cancer de col uterin invaziv a fost mai mic cu 88% dacă vaccinarea împotriva HPV a fost începută înainte de vârsta de 17 ani. Acest studiu suedez arată clar că vaccinarea anti-HPV este direct asociată cu un risc semnificativ redus de apariție a cancerului cervical invaziv.

În diverse țări unde vaccinurile HPV au fost introduse în programele naționale de imunizare, s-a observat o scădere considerabilă a numărului de infecții cu HPV și a afecțiunilor asociate cu acestea: veruci genitale, leziuni precanceroase, forme invazive de cancer.

De asemenea, important de notat este și că screeningul începând cu vârsta de 30 de ani (25 de ani la femeile care trăiesc cu HIV) poate detecta boala de col uterin, care, atunci când este tratată, previne și cancerul de col uterin.

Toate țările și-au luat angajamentul de a elimina cancerul de col uterin ca problemă de sănătate publică.

Strategia globală a OMS definește eliminarea ca fiind reducerea numărului de cazuri anuale noi la cel mult 4 din 100 000 de femei și stabilește trei obiective care trebuie atinse până în anul 2030 pentru ca ținta eliminării să fie atinsă în următoarele decenii:

- 90% dintre fete vaccinate cu vaccinul HPV, până la vârsta de 15 ani
- 70% dintre femei testate cu un test de înaltă calitate, până la vârstele de 35 și 45 de ani
- 90% dintre femeile cu afecțiuni ale colului uterin tratate.

Atingerea acestui obiectiv de eliminare ar însemna că 74 de milioane de cazuri noi de cancer de col uterin și 62 de milioane de decese pot fi evitate.

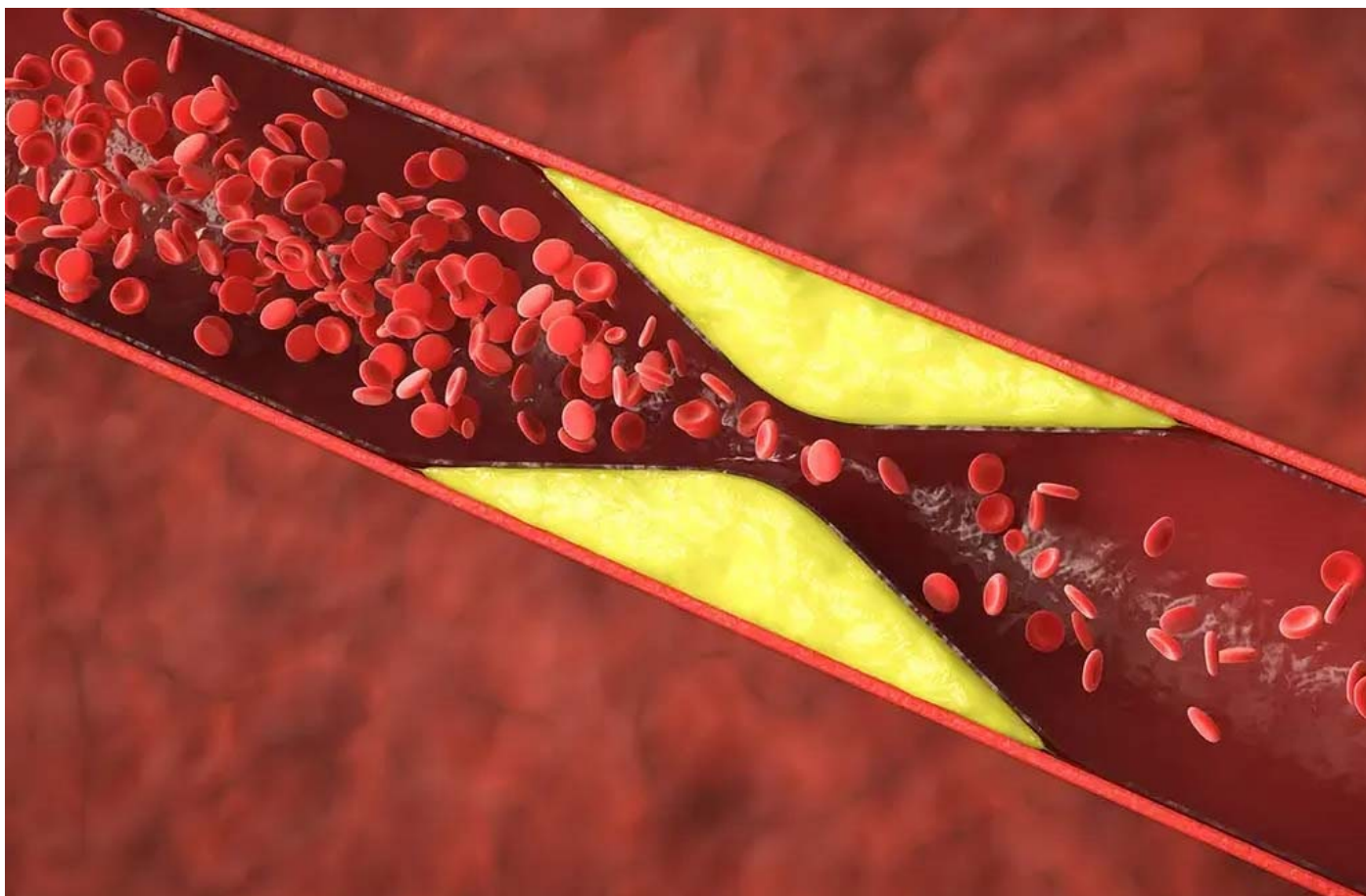
Iată de ce astfel de campanii sunt benefice și merită acționat imediat ce sunt disponibile serviciile. De exemplu, este bine de știut și transmis pacienților noștri informația că, începând cu 1 decembrie 2023, fetele și băieții cu vârsta între 11 ani și 19 ani (neîmpliniți), din România, pot beneficia de vaccinarea gratuită împotriva HPV. În plus, femeile cu vârsta cuprinsă între 19 și 45 vor primi o compensare de 50% a acestui vaccin, dacă vor să se vaccineze.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. Ianuarie 2024 – Campanie de prevenire a cancerului de col uterin Institutul Național de Sănătate Publică (<https://insp.gov.ro/2024/01/03/ianuarie-2024-campanie-de-prevenire-a-cancerului-de-col-uterin/>), inclusiv sursa foto
2. Cervical cancer (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>)

3. Cervical Cancer Prevention Week 2024 - Awareness Days Events Calendar 2024 (<https://www.awarenessdays.com/awareness-days-calendar/cervical-cancer-prevention-week-2024/>)
4. European Cancer Organisation. Eliminating HPV-Caused Cancers & Diseases in Europe: CASE FOR ACTION. Brussels 2019
5. Lei J, Ploner A, Elfström KM, et al. HPV vaccination and the risk of invasive cervical cancer. New England Journal of Medicine. 2020; 383 (14):1340-1348.
6. Monitorul Oficial al României, Partea I, Nr. 1082/29.XI.2023, protocolul terapeutic corespunzător poziției nr. 355 cod (J07BM03): DCI VACCIN PAPILOMAVIRUS



Cele mai frecvente mituri despre colesterol – episodul 2

Timp aprox. de lectură: 6 minute

Discutam, în numărul anterior, despre cele mai frecvente mituri privind colesterolul, în încercarea de a explica și înțelege care sunt elementele care ne pot ajuta și pot contribui la salvarea

unor vieți, dincolo de aceste convingeri care apar frecvent în diferite surse de informare.

Printre adevărurile amintite era și faptul că, în pofida renumelui său rău, colesterolul este esențial pentru viață, deoarece este o componentă esențială a membranelor celulare animale. Însă, atunci când este prezent la niveluri ridicate în sânge, el crește riscul de boli cardiovasculare.

Alte mituri foarte cunoscute sunt:

Mitul 6. Doar bărbații trebuie să se îngrijoreze de nivelul colesterolului.

Deși acesta este un mit foarte răspândit, el nu este deloc adevărat. Potrivit doctorului Edo Paz, cardiolog și vice-președinte al Medical at K Health, datele Centrului pentru Controlul Bolilor din SUA din perioada 2015-2018 ne indică faptul că prevalența colesterolului total crescut la adulții din SUA a fost de 11,4%. Datele arată și că prevalența colesterolului total ridicat a fost de 10,5% la bărbați și de 12,1% la femei.

"Femeile, după ce pierd efectele protectoare ale estrogenilor, încep să își accelereze riscul de boli de inimă și dezvoltă același risc ca bărbații" a precizat și doctorul Robert Greenfield, cardiolog, lipidolog și internist certificat la Memorial Care Heart & Vascular Institute din cadrul Orange Coast Medical Center din Fountain Valley, California în discuția cu publicația Medical News Today. "De fapt, ne spune aceasta, deoarece femeile dezvoltă boli de inimă la o vârstă mai înaintată și trăiesc mai mult, realitatea este că, anual, apar mai multe atacuri de cord în rândul populației feminine, decât în rândul bărbaților". Iar atunci când femeile suferă un atac de cord, ele tind să aibă rezultate mai slabe în ceea ce privește recuperarea și un risc mult mai mare de a muri din cauza bolilor de inimă decât din cauza cancerului de sân.

Mitul 7. Nu pot face nimic în legătură cu nivelul colesterolului meu.

Din fericire, acest lucru nu este adevărat. Potrivit doctorului Paz, "În afară de a lua medicamente pentru a vă scădea nivelul colesterolului, vă puteți îmbunătăți acest parametru al sănătății menținând o greutate sănătoasă, mâncând alimentele potrivite, făcând exerciții fizice, evitând fumatul și evitând consumul excesiv de alcool."

La fel de optimist cu privire la acest aspect este și doctorul Robert Greenfield: "Dieta și exercițiile fizice sunt întotdeauna primii pași și rămân extrem de importante. Statinele sunt foarte eficiente în reducerea colesterolului și sunt sigure. Aceste medicamente sunt disponibile din 1987, iar cele mai noi statine sunt asociate cu o eficacitate și siguranță îmbunătățite și cu mai puține efecte secundare". Iar oamenii de știință continuă să inoveze. Doctorul Greenfield a explicat că "cei mai noi inhibitori injectabili PCSK-9 au demonstrat, de asemenea, că reduc dramatic colesterolul la niveluri pe care nu le-am mai văzut până acum". Aceștia sunt, de asemenea, siguri și provoacă puține efecte secundare.

Mitul 8. Iau statine, așa că pot mânca ce și cât vreau.

Deși ar fi foarte frumos, dacă ar fi adevărat, în realitate nu este așa, a explicat doctorul Greenfield. Practic, dacă mănânci ce vrei și consumi calorii în exces, te vei îngrășa. Iar atunci când te îngrași prea mult, în special în jurul zonei abdomenului, poți dezvolta o afecțiune numită sindrom metabolic, care este o stare prediabetică. El a continuat: "Statinele nu sunt medicamente care reduc greutatea. Treaba lor este să reducă colesterolul "rău", LDL, în timp ce treaba fiecăruia dintre dumneavoastră este să vă tratați corpul cu respect, ceea ce include a avea grijă la ceea ce mâncați."

Mitul 9. Sunt tânăr, am sub 40 de ani, așa că nu am nevoie să îmi verific colesterolul.

"Deși există unele dezbateri cu privire la momentul în care trebuie să se înceapă depistarea colesterolului ridicat", a explicat doctorul Paz, "multe societăți profesionale, cum ar fi American Heart Association, recomandă depistarea încă de la vârsta de 20 de ani".

Opinia este confirmată și de doctorul Greenfield, care a declarat pentru publicația *Medical News Today*: "Cu cât vasele de sânge sunt încălzite mai mult timp în sânge care conține un nivel prea ridicat de colesterol, cu atât mai mult crește riscul de boli cardiovasculare mai târziu în viață. Recomandările prevăd că primul control al colesterolului ar trebui efectuat în timpul adolescenței, iar dacă aveți un istoric familial cu risc puternic, nivelul acestuia ar trebui să fie verificat mai devreme. De exemplu, pentru persoanele cu hipercolesterolemie familială homozigotă, colesterolul ar trebui verificat la vârsta de 2 ani".

Așadar, principalele informații pe care ar trebui să le reținem din aceste opinii sunt, alături de recomandările privind cele 4 mituri de mai sus, și următoarele sfaturi :

- 1. Nu tot colesterolul este rău.** *El este doar un martor nevinovat al stilului nostru de viață modern de astăzi...Organismele noastre nu au fost concepute pentru a trăi într-un mediu în care alimentele sunt în exces și, astfel, atunci când colesterolul este în exces, acesta se va depune în corpul nostru. Când locul de depunere sunt vasele noastre de sânge, cum se întâmplă adesea, atunci este rău pentru noi.*
- 2. Chiar dacă avem o greutate sănătoasă, colesterolul nostru poate fi anormal.** *Alți factori care au un impact asupra colesterolului sunt alimentele pe care le consumăm, obiceiurile de exerciții fizice, dacă fumăm și cât de mult alcool consumăm, factorii genetici, funcția tiroidiană.*
- 3. În cele mai multe cazuri, colesterolul ridicat nu va provoca simptome.** *De aceea, se recomandă efectuarea periodică a testelor*

de sânge pentru depistarea colesterolului ridicat. Vârsta la care fiecare începe screening-ul și frecvența screening-ului este determinată de factorii de risc individuali. Iar singurele "simptome" cu care poate fi asociat colesterolul sunt simptomele tardive, atunci când acumularea excesivă de colesterol este responsabilă de afectarea și blocarea inimii și a vaselor de sânge. Acest lucru provoacă dureri în piept (angină pectorală), atac de cord sau chiar moarte subită.

4. Colesterolul pe care îl consumă cineva nu este neapărat corelat direct cu nivelul colesterolului. Consumul de zaharuri sau carbohidrați simpli poate duce la niveluri mai ridicate de colesterol, chiar dacă cineva nu consumă mult colesterol... în plus, persoanele care fac exerciții fizice sunt mai puțin susceptibile de a observa creșteri ale colesterolului în urma consumului de colesterol, în comparație cu persoanele sedentare.

5. Nu toată lumea ar trebui să urmărească aceleași ținte legate de colesterol. Nivelul țintă de colesterol se bazează pe faptul că avem un istoric de anumite boli - cum ar fi atacul de cord și accidentul vascular cerebral - și pe riscul de a dezvolta aceste probleme, care se bazează pe lucruri precum vârsta și dacă avem tensiune arterială ridicată.

Dacă vrem o regulă simplă privind alimentația, Asociația Americană a Inimii spune să se consume mai puțin de 300 de miligrame de colesterol pe zi din alimente, dar se pare că grăsimile saturate sunt cea mai mare problemă. Carnea roșie, untul și lactatele grase sunt cele mai frecvente surse. Dar cum rămâne cu ouăle? Un ou mare are 186 miligrame de colesterol și doar 1,6 grame de grăsimi saturate, adică 8% din plafonul zilnic, așa că ne putem bucura de ele, însă cu moderație.

Când vine vorba de grăsimi, ele nu trebuie eliminate cu totul din alimentație - corpul are nevoie de grăsimi, dar acestea trebuie să fie de tipul potrivit. Alegerea bună sunt grăsimile nesaturate, care pot fi poli-nesaturate, cum ar fi nucile, semințele de floarea-soarelui, semințele de in și peștele gras, sau mono-nesaturate, cum ar fi uleiul

de măsline și avocado. Ne ajută să facem schimbarea aceasta pentru a ne reduce nivelul ridicat de LDL și a ne îmbunătăți sănătatea inimii.

Important! Statisticile actuale arată că 7% dintre copiii cu vârste cuprinse între 6 și 19 ani au colesterolul ridicat. Factorii lor de risc sunt aceiași ca și în cazul adulților: o dietă nesănătoasă, o greutate nesănătoasă și un istoric familial de colesterol ridicat și boli de inimă. Copiii cu oricare dintre acești factori de risc ar trebui să își verifice colesterolul încă de la vârsta de 2 ani.

În plus de toate aceste sfaturi simple, articolul este și un îndemn de a ne verifica periodic colesterolul, astfel încât să ne cunoaștem cifrele și riscul de boli de inimă și accident vascular cerebral, pentru a lua măsuri de protecție.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. Your Cholesterol: Myths and Facts (<https://www.webmd.com/cholesterol-management/ss/slideshow-myths-facts-manage-high-cholesterol>), inclusiv sursa ilustrației
2. Cholesterol Myths and Facts | https://www.cdc.gov/cholesterol/myths_facts.htm
3. 9 myths about cholesterol (<https://www.medicalnewstoday.com/articles/medical-myths-all-about-cholesterol>)
4. High Cholesterol Myths and Facts: What to Know (<https://www.verywellhealth.com/high-cholesterol-myths-and-facts-what-to-know-5202135>)



Transplantul de organe face parte din top 10 progrese medicale din istorie (Episodul 1)

Timp aprox. de lectură: 10 minute

În ciuda numeroaselor încercări anterioare, abia în decembrie 1954, doctorul Joseph Murray și doctorul David Hume au efectuat cu succes primul transplant de organe al cărui beneficiar a supraviețuit operației. A fost vorba despre un transplant de rinichi realizat în Boston, SUA. Punctul de cotitură l-a reprezentat depășirea diferitelor probleme tehnice, cum ar fi anastomoza vasculară (legătura dintre două vase de sânge), plasarea rinichiului și răspunsul imu-

нитар.

Practic, acest prim transplant de succes din 1954 a transformat conceptul mitic de transplant în realitate.

Apoi, după aproape 10 ani, în 1963, a fost efectuat primul transplant de plămâni, urmat de unul de pancreas și rinichi, în 1966 și de ficat și inimă, în 1967. Pe lângă faptul că au salvat mii de vieți în anii care au urmat, procedurile de transplant au devenit, de asemenea, din ce în ce mai inovatoare și mai complexe, medicii reușind să realizeze cu succes primul transplant de mână, în 1998 și un transplant de față întreagă, în 2010.

Succesul general și acceptarea publică a donării și transplantului de organe în prezent se datorează echipelor multidisciplinare de cercetători, imunologi, chirurghi și avocați publici. În prezent, cercetarea propulsează acest domeniu cu progrese precum experimentele cu organe cultivate în laborator și multe altele.

Numai în Statele Unite, peste 800.000 de pacienți și-au salvat sau și-au îmbunătățit semnificativ viața datorită transplantului, de când a început înregistrarea națională de către Rețeaua de procurare și transplant de organe în 1988.

Dar care au fost pașii care au pregătit aceste momente?

Încă din cele mai vechi timpuri, mitologia include povești despre creaturi alcătuite dintr-un amalgam de alte creaturi, cu părți ale corpului și piele transferate de la unele la altele. Însă, așa cum vedeam mai devreme, abia în anii 1950, neavând alte opțiuni medicale pentru bolile incurabile de atunci, inclusiv nefrita, echipe de oameni de știință, chirurghi și pacienți generoși au inițiat domeniul transplantului de organe cu primul transplant de rinichi reușit la un om.

Ideea de a transfera părți ale corpului apare în mitologia antică a

civilizațiilor din întreaga lume. Legende romane, grecești, indiene, chinezești și egiptene includ povestiri despre transplanturi de organe efectuate de zei și vindecători care foloseau organe de origine animală sau de la persoane decedate.

Prima mențiune scrisă care face referire la un transplant este atribuită Papirusului Ebers, scris în jurul anului 1550 î.Hr., care menționa grefa de piele pentru tratarea arsurilor. În jurul anului 600 î.Hr., chirurgul indian Sushruta, cunoscut ca părintele chirurgiei, este creditat cu efectuarea primelor operații de chirurgie plastică, inclusiv grefe de piele pe toată grosimea. În "Miracolul piciorului negru", din *Legenda Aurea* din 348 d.Hr. a lui Jacobus De Voragine, transplantul de membre a fost menționat pentru prima dată în literatura scrisă. În această povestire, sfinții patroni creștini ai medicinei, farmaciei și chirurgiei, Cosma și Damian, înlocuiesc piciorul canceros al unui diacon roman cu cel al unui etiopian recent decedat. În 1817, medicul francez Henri Dutrochet a scris o scrisoare către editorul revistei *Gazette de Santé* despre transplantul de piele, pe baza unei povestiri a cumnatului său, un ofițer de armată staționat în India. Potrivit scrisorii, un subordonat al armatei fusese pedepsit prin tăierea nasului. Bărbatul a căutat localnici versați în grefe de piele și cunoscuți pentru capacitatea lor de a reconstrui chirurgical un nas și le-a cerut să îl opereze. Deși există incertitudini cu privire la veridicitatea scrisorii lui Dutrochet, alte surse au documentat practica grefelor de piele în India cu sute de ani mai devreme.

În ciuda îndoielilor cu privire la faptul că aceste operații antice au avut loc așa cum sunt descrise, relatările demonstrează fascinația exercitată de-a lungul timpului de tema transplantului unor părți ale corpului de la o persoană la alta. Abia în istoria recentă aceste idei de transplant au devenit realitate.

Primul transplant de piele documentat în mod verificabil a avut loc în 1869. Chirurgul elvețian Jacques-Louis Reverdin a demonstrat că a avut succes cu grefa epidermică, în cadrul căreia a folosit mici mostre de epidermă ciupite sau rase din straturile superficiale ale pie-

lii. Grefa prin ciupire este încă utilizată pentru a accelera formarea țesutului de granulație și pentru a îmbunătăți supraviețuirea grefelor de piele mai mari. Grefele de piele au continuat să fie utilizate în tratamentul arsurilor până la Primului Război Mondial. Pentru o scurtă perioadă de timp, tratamentele cu unguent și utilizarea acidului tanic au înlocuit grefele, dar, în perioada care a precedat cel de-al Doilea Război Mondial, s-a descoperit că acidul tanic provoca necroză hepatică, iar grefele au redevenit o practică obișnuită.

O poveste notabilă este cea a unui pacient tratat în timpul celui de-al Doilea Război Mondial, pilotul Charles Woods. La 23 decembrie 1944, Woods a plecat cu o încărcătură de 28.000 de kilograme de combustibil de avion, care a explodat la decolare. El a suferit arsuri grave pe 70% din corp, inclusiv pe față. Rănile păreau să-i pună în pericol supraviețuirea. Cu toate acestea, la 6 săptămâni după accident, echipa medicală de la Spitalul General Valley Forge din Pennsylvania i-a grefat lui Woods piele de la un soldat decedat recent. Această grefă a fost un succes; "probabil din cauza stării sale de slăbiciune, răspunsul său imunitar fusese îmblânzit". După alte 24 de operații în următorii 2 ani, Woods a revenit la o viață relativ normală și a continuat să aibă o familie și să devină om de afaceri. A murit în 2004, la vârsta de 84 de ani.

Unul dintre medicii care au făcut parte din echipa medicală care s-a ocupat de Woods a fost Joseph Murray. După ce și-a terminat anul de stagiatură chirurgicală, Murray a fost încorporat în Corpul medical al armatei americane și a fost repartizat la Valley Forge. După război, Murray s-a întors la pregătirea sa pe zona de chirurgie la Spitalul Peter Bent Brigham din Boston. După ce a văzut succesul cazului lui Woods, Murray a fost fascinat de transplant, în special de cel de organe. În ciuda consensului general conform căruia transplantul de orice altceva în afară de piele nu era fezabil din cauza respingerii, Murray "știa că ceva a îmblânzit sistemul imunitar" al lui Woods. Așa că transplantul nu părea o căutare inutilă pentru el.

Povestea primului transplant reușit de rinichi

Până în anii 1950, grefele de piele fuseseră singurele transplanturi efectuate cu succes, dar știința fundamentală studia viabilitatea transplantului de organe. O mare parte din primele cercetări privind transplantul de organe s-au concentrat asupra rinichilor, deoarece donatorii vii, singurii de acest tip la acea vreme, puteau supraviețui cu un singur rinichi. În 1953, Richard Herrick, în vârstă de 22 de ani, a fost lăsat la vatră din Garda de Coastă cu nefrită cronică, un diagnostic care pe atunci pune în pericol viața și care nu avea leac. La acea vreme, mai fuseseră efectuate și alte transplanturi renale la om, dar ele eșuaseră.

Deși transplanturile renale nu avuseseră succes până atunci, Herrick a cerut ajutorul lui Murray, care își dezvoltase propriile tehnici pentru a efectua un transplant renal. Aflat într-o stare gravă și având un frate geamăn sănătos, Herrick a acceptat să se supună procedurii experimentale, primind un rinichi de la fratele său geamăn. Murray și colegii săi au testat compatibilitatea fraților, efectuând mici grefe de piele de la fiecare frate la celălalt, și chiar au luat amprente de la ambele pentru a confirma că erau identici. Frații Herrick au fost operați fără complicații la exact 10 ani după ce avionul lui Woods explodase. Herrick s-a căsătorit cu una dintre asistentele sale, a avut doi copii și a trăit încă 8 ani cu rinichiul fratelui său.

În 1959, primul transplant de rinichi din Louisiana a fost efectuat la Charity Hospital. Acest caz a marcat primul transplant de rinichi reușit între persoane care nu erau identice din punct de vedere genetic. Donatorul și primitorul erau frați gemeni fraterni. La acea vreme, imunosupresia nu fusese încă adăugată la îngrijirea transplantului. Înainte de a primi rinichiul fratelui său, primitorul a fost supus unei doze sub letale de raze X corporale totale. În ciuda unei recuperări postoperatorii dificile, pacientul a continuat să ducă o viață activă și a murit din cauza unor probleme cardiace 25 de ani mai târziu. Acest succes a entuziasmat echipele de transplant din întreaga lume.

Până în anii 1960, era clar că nu toate transplanturile puteau proveni de la donatori identici din punct de vedere genetic sau chiar înrudiți, așa că cercetătorii și medicii au studiat imunosupresia pentru a preveni respingerea. În 1962, doctorul Roy Calne și echipa sa de la Spitalul Peter Bent Brigham au publicat rezultatele conform cărora 6-mercaptopurina a prelungit supraviețuirea după transplantul renal la 104 câini. Apoi, doctorul Murray și echipa sa au transferat experimentul lui Calne din laboratorul lor la pacienții umani din spital.

Așa au descoperit că iradierea a conferit puține beneficii dacă este singura folosită, în timp ce agenții supresori chimici azatioprină, actinomicină C și prednison au îmbunătățit mai ales rezultatele pe termen scurt. Acest lucru a adus un optimism prudent într-o problemă care, în urmă cu zece ani, era considerată aproape insolubilă. Aceste rezultate optimiste prudente puteau duce la o extindere a bazinului de donatori, deoarece reacția imunitară la organele străine putea fi suprimată. În 1962, Murray a condus primul transplant renal între pacienți neînrușiți, cu ajutorul azatioprinei. Acesta a fost, de asemenea, un caz de referință, deoarece a fost primul transplant reușit de la un donator decedat.

Anterior acestui moment, una dintre principalele bariere era reprezentată și de disponibilitatea donatorilor. Toate eforturile de a rezolva problema prin transplant de la animale s-au dovedit și ele fără succes. De exemplu, în ciuda multiplelor încercări din întreaga lume, transplanturile renale și cardiace de la cimpanzeu și babuin la om nu au reușit niciodată să asigure supraviețuirea pe termen lung a pacienților. Soluția, în afară de donatorii umani, părea să rămână persoanele decedate.

Referitor la această a doua categorie, până în anii 1960, organele erau prelevate de la pacienții care muriseră de moarte cardiacă, singurul tip de deces recunoscut la acea vreme. În 1959, Dr. Guy Alexandre, un chirurg belgian care fusese unul dintre cercetătorii lui Murray la Harvard, a introdus ideea de coma dépassée, o stare dincolo de cel mai profund tip de comă. Coma dépassée a fost posibilă datorită

ventilației artificiale, care a păstrat oxigenarea organelor la pacienții fără funcții cerebrale. La 3 iunie 1963, un pacient cu un traumatism cranian grav a fost adus la Spitalul Saint-Pierre din Bruxelles. În ciuda tuturor eforturilor de resuscitare, pacientul se afla într-o stare de comă dépassé. Solicitarea lui Alexandre de a efectua un transplant renal cu un rinichi de la acest "donator cu inima care bate" a fost aprobată de șeful de secție, iar această primă donare de la un pacient în moarte cerebrală a fost un succes.

În numărul următor vom continua să analizăm istoria transplantului altor organe, inclusiv evoluția aspectelor privind organizarea și reglementarea acestei complexe activități.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. The top 10 medical advances in history | <https://www.proclinical.com/blogs/2021-6/the-top-10-medical-advances-in-history> (inclusiv sursa foto)
2. The history of organ donation and transplantation (<https://unos.org/transplant/history/>)
3. Unlocking the Full Potential of Organ Transplants - <https://medika.life/unlocking-the-full-potential-of-organ-transplants/>
4. Outcomes in Solid-Organ Transplantation: Success and Stagnation - PMC (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6379008/>)
5. The history of organ transplantation - PMC (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8682823/>)

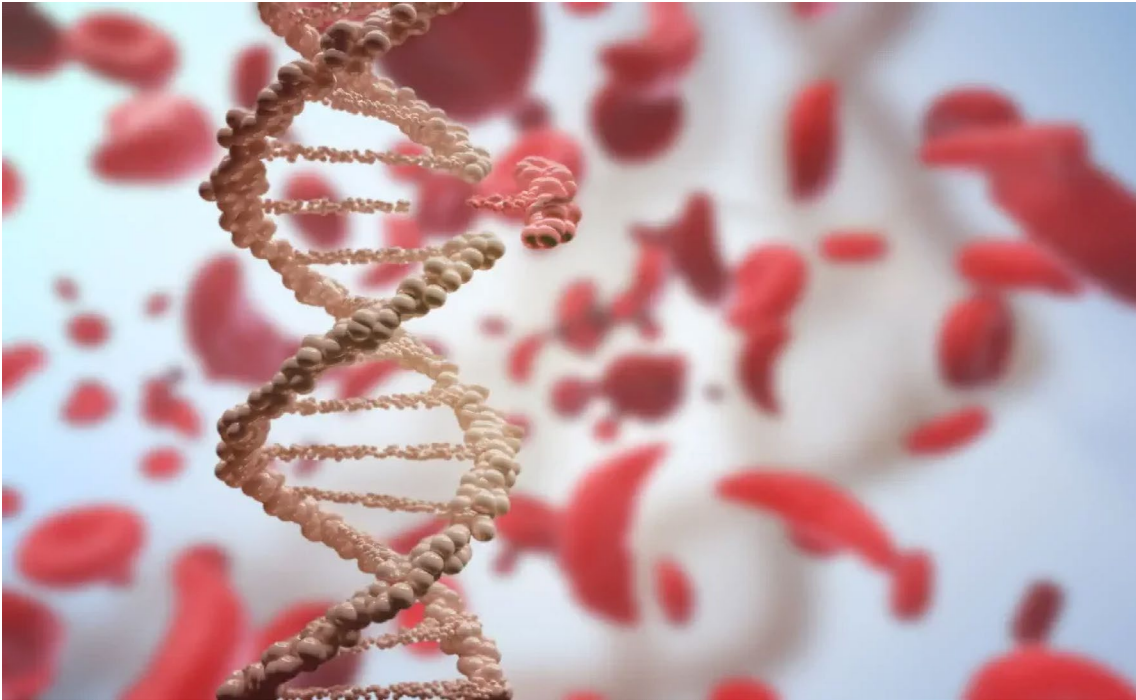
Cum va arăta realitatea lumii medicale în 2024?

Timp aprox. de lectură: 8 minute

Specialiștii din domeniul sănătății preconizează că inovația terapeutică va fi o componentă importantă a progresului pe care îl vom vedea în 2024. Se așteaptă, astfel, ca noile terapii pentru tratarea anemiei falciforme (siclemiei) și a beta talasemiei, două afecțiuni genetice ale sângelui, să continue să rămână în prim plan în 2024.

Cel mai notabil dintre acestea, apărut spre sfârșitul anului 2023, este primul medicament care se bazează pe editarea genetică, folosind o “foarfecă” moleculară pentru a edita ADN-ul. Este o formă mai precisă de modificare decât terapia genetică, o tehnologie mai veche care utilizează un vector viral pentru a injecta o genă funcțională într-o celulă. În ambele cazuri, celulele stem sunt mai întâi extrase din corpul unui pacient. Acestea sunt apoi fie editate (exa-cel), fie transfectate cu vectorul viral (lovo-cel), și readuse în organism, unde corectează defectul genetic. Se crede că efectele sunt pentru toată durata vieții.

Datorită flexibilității deosebite a tehnologiei de editare genetică și a



capacității sale de a viza și bolile non-genetice, se crede că aceasta are un viitor extraordinar. Anul viitor se vor înregistra progrese în eforturile Crispr Therapeutics și Caribou Biosciences de a dezvolta produse celulare gata de utilizare care pot trata cancerul și alte boli. De exemplu, CRISPR Therapeutics, care a dezvoltat terapia pentru anemia falciformă alături de Vertex Pharmaceuticals, lucrează acum la o tehnologie similară pentru a crea celule producătoare de insulină de înlocuire în pancreas.

Există, de asemenea, eforturi pentru a dezvolta editarea genetică "in vivo", pentru a permite ca tratamentele de editare genetică să fie "livrate" în organism prin împachetarea lor în nanoparticule lipidice.

Tehnologia de editare genetică avansează și în alte moduri. O altă companie, Verve Therapeutics, se concentrează pe bolile cardiovasculare (prin scăderea nivelului de colesterol) folosind o abordare mai precisă a editării genelor, cunoscută sub numele de "editare a bazelor", care poate schimba o singură bază din genom, fără a afecta molecula de ADN în sine. Între timp, în 2024 se va finaliza înscrierea participanților pentru un studiu al unui alt tratament, ebt-101 de la Excision, care urmărește să utilizeze editarea genelor pentru a elimi-

na infecția cu HIV din organism.

Specialiștii se așteaptă ca în 2024 să vedem, de asemenea, industria de sănătate inovând soluțiile pentru menținerea greutateii, în special pentru pacienții care au ales să întrerupă tratamentele cu agonști de receptor de GLP-1 pentru scăderea în greutate. În 2023, aceste noi medicamentele (de exemplu, Wegovy) au ajutat zeci de mii de oameni, în principal supraponderali, să piardă rapid în greutate. Provocarea este acum ca aceștia să-și poată menține greutatea.

După cum atrăgeau atenția mulți specialiști în momentul apariției acestor medicamente, în timp ce ele sunt destinate utilizării pe termen lung, alături de o dietă specială și exerciții fizice consistente, milioane de persoane vor înceta probabil să le mai ia odată ce au mai scăzut în greutate, din cauza costurilor și a efectelor secundare, ceea ce îi va expune pe mulți dintre ei la un risc ridicat de a-și recăpăta greutatea crescută odată cu încetarea tratamentului. Din punct de vedere științific, prevenirea creșterii în greutate este un efort mult mai dificil și mai complex, având în vedere procesele fiziologice implicate. Astfel, mulți specialiști cred că în 2024 vom vedea cum industria medicală va inova pe zona soluțiilor de menținere a greutateii, în special pentru pacienții care au ales să întrerupă administrarea agonștilor de receptor de GLP-1.

Alți specialiști prezic că imagistica și tratamentul bolii Alzheimer vor exploda, chiar dacă impactul asupra rezultatelor va fi încă mic. Leqembi (lecanemab-irmb) este un anticorp monoclonal aprobat în SUA pentru tratamentul bolii Alzheimer în stadii inițiale (tulburări cognitive ușoare sau demență ușoară). Este scump, are ocazional efecte secundare grave, inclusiv inflamație și sângerări cerebrale, și necesită perfuzionarea într-un centru specializat. Majoritatea pacienților care vor primi acest tratament în SUA vor fi supuși la unul sau mai multe studii imagistice înainte și în timpul tratamentului. Mulți pacienți vor fi îndrumați pentru imagistică PET, iar, în funcție de rezultate, ei ar putea să nu fie înscriși pentru administrarea acestui tratament. Alții vor avea imagistică PET pentru a diagnostica și, apoi, pentru a

măsura răspunsul. Alții vor avea tomografii computerizate și RMN pentru a identifica și gestiona complicațiile. De asemenea, se vor putea efectua teste genetice pentru pacienții individuali și apoi, pentru membri familiilor acestora, după caz.

Administrarea medicamentului în sine ar putea costa 20-25.000 de dolari per pacient, dar costurile asociate cu imagistica și testele ar putea fi la fel de ridicate, în special dacă va exista o serie de examinări de screening pentru pacienții care nu se califică pentru administrarea medicamentului. Deși eficacitatea actuală pentru Leqembi este relativ scăzută, conform rezultatelor disponibile, specialiștii subliniază totuși că acesta este un pas foarte important în lupta împotriva Alzheimer, deoarece lumea medicală va dobândi o experiență valoroasă în ceea ce privește tratamentele medicamentoase pentru boala Alzheimer: costurile lor, complicațiile potențiale, impactul lor asupra echității în domeniul sănătății și, se speră, efectele lor.

Un alt domeniu de cercetare interesant, în care mulți specialiști așteaptă progrese notabile pentru 2024, este cel al beneficiilor medicale ale neurostimulării, mai ales în cazurile depresiei refractare severe. Un număr tot mai mare de date clinice interesante arată că neurostimularea funcționează foarte bine și este foarte sigură. Odată cu creșterea cererii, ar trebui să apară dispozitive noi, mai prietenoase și mai ușor de administrat.

Folosirea pe scară mai largă a neurostimulării, în special administrarea ei în afara unor contexte clinice, mulțumită noilor dispozitive, va conduce la importante întrebări etice și de reglementare cu privire la echitate, la efectele pe termen lung în cazul persoanelor care nu primesc tratamentele de neurostimulare în context specializat și la noi norme culturale la locul de muncă.

De asemenea, mulți specialiști susțin că îngrijirea sănătății mintale va deveni noua îngrijire primară. În timpul pandemiei COVID-19 s-a înregistrat o creștere bruscă a numărului de persoane de toate vârstele care au apelat la tratamente de sănătate mintală și comportamentală. Această cerere a pus la încercare sistemul de sănătate

și forța de muncă din domeniul sănătății. Deși profesioniștii din domeniu se axează pe a găsi modalități de a aduce mai mulți furnizori în sistem, va fi dificilă creșterea rapidă, care să facă față cererii. Se preconizează astfel că organizațiile de asistență medicală vor începe să caute soluții care să permită personalului lor actual, în special al celui din sistemul primar, să facă față acestei cereri și să ofere sprijin pentru diagnosticare și prescrierea de medicamente.

În 2024, adoptarea inteligenței artificiale în mediul clinic va continua, desigur, să evolueze, în special în cazul inteligenței artificiale generative (inteligența artificială generativă este o formă relativ nouă de inteligență artificială care poate crea conținut nou prin extrapolare din datele de instruire) pentru suportul decizional clinic, pe măsură ce organizațiile din domeniul sănătății încep să piloteze și să evalueze aceste soluții pentru aplicații responsabile și sigure de îngrijire a pacienților. Inteligența artificială generativă are potențialul de a ajuta medicii să ia decizii mai precise și mai eficiente la punctul de îngrijire.

Utilizarea inteligenței artificiale în domenii de diagnostic precum patologia și radiologia va înregistra o creștere substanțială. Studii validate științific, prin peer review (evaluarea inter pares) au arătat că se pot descoperi mai multe cazuri de cancer în testele imagistice fără a crește numărul de rezultate fals negative. Testarea și diagnosticarea cancerului evoluează într-un ritm fără precedent. Accelerate de inteligența artificială, de analiza genetică și de terapiile cu celule stem, aceste teste nu doar detectează, ci remodelează procesul identificării precoce a cancerului.

În acest context, un exemplu este Detectiome, o companie de medicină de precizie cu sediul în Emiratele Arabe Unite, care a lansat recent un test Multicancer Early Detection (MCED). Conceput pentru populația din Orientul Mijlociu, acesta utilizează inteligența artificială pentru a oferi soluții precise, eficiente și personalizate de îngrijire a cancerului. Disponibil în prezent doar pentru cercetare, Detectiome intenționează ca în faza următoare să utilizeze testul în cadrul

unor studii clinice și studii pilot. Testul valorifică inteligența artificială generativă și multi-omica, o abordare care combină și analizează mai multe domenii de studiu, inclusiv genomica, epigenomica și transcriptomica (o abordare a studiului expresiei genice prin care se analizează simultan mii de molecule de ARN dintr-o probă dată - de țesut sau de celule), pentru a detecta mai multe tipuri de cancere în stadii incipiente, chiar înainte ca simptomele să se manifeste.

Specialiștii prezic că noile tehnologii (precum inteligența artificială generativă, ingineria genetică), împreună cu analizarea unor seturi de date adecvate, vor permite furnizorilor de îngrijiri de sănătate să aducă progrese semnificative și în ceea ce privește orientarea pacienților către terapia corectă de primă sau a doua linie, menținerea implicării și angajamentului acestora în planurile de îngrijire și, în general, sprijinirea inițiativelor de sănătate ale populației pentru obținerea unor rezultate medicale mult îmbunătățite.

Mirela Mustață, Redactor executiv E-asistent

Surse de documentare:

1. 2024: Healthcare Insiders Predict The Future (<https://www.forbes.com/sites/sachinjain/2023/12/14/2024-healthcare-insiders-predict-the-future/>)
2. Revolutionising cancer diagnostics: Innovations in testing (<https://insights.omnia-health.com/clinical/revolutionising-cancer-diagnostics-innovations-testing>)
3. Navigating the Future of Healthcare: A Glimpse into 2024 with Wolters Kluwer Health (<https://www.wolterskluwer.com/en/expert-insights/navigating-the-future-of-healthcare-a-glimpse-into-2024-with-wolters-kluwer-health>)
4. <https://www.nytimes.com/2023/12/08/health/fda-sickle-cell-crispr.html>

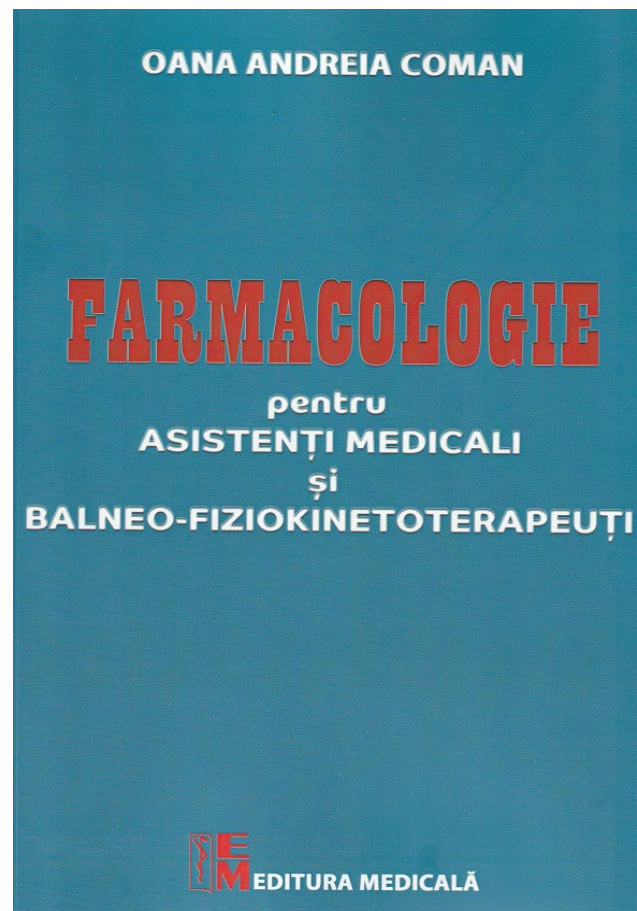
5. <https://www.economist.com/the-world-ahead/2023/11/13/new-medical-treatments-will-use-genetic-scissors-and-other-clever-tricks>
6. transcriptomică | EFSA (<https://www.efsa.europa.eu/ro/glossary/transcriptomics>)
7. Sursa foto: Exa-cel: A Potential Breakthrough with Astounding Results - Oligonucleotide Therapeutics Society (<https://www.oligotheapeutics.org/exa-cel-a-potential-breakthrough-with-astounding-results/>)

Farmacologie pentru asistenți medicali și balneo-fiziokinetoterapeuți, de Ioana Andreia Coman, Ed. Medicală, 2023

Această lucrare, revizuită major după primele ediții și completată cu noi capitole, se adresează studenților de la facultățile de asistenți medicali și tuturor cadrelor medicale medii din diverse specializări.

Ea cuprinde noțiunile esențiale pe care aceștia ar trebui să și le însușească și să le dețină în domeniul farmacologiei fundamentale și susține cunoașterea principalelor grupe de medicamente (la care s-au adăugat și altele noi), a noțiunilor de bază privind farmacocinetica și farmacodinamica majorității claselor de substanțe active, precum și a indicațiilor, reacțiilor adverse și incompatibilităților acestora.

Ea reprezintă o adevărată monografie de farmacologie fundamentală, dar și de farmacologie clinică, cu informații actualizate ce acoperă toate ariile terapeutice, un ghid util în practica medica-



lă prezentă sau viitoare.

Lucrarea cuprinde teme precum: Farmacologie generală. Farmacologia sistemului nervos vegetativ. Farmacologia sistemului nervos central. Influențarea sistemului autacoid (umoral) și a funcției hormonale. Medicația metabolică. Medicația antiinflamatoare și anti-reumatică. Medicația aparatului cardiovascular și renal. Medicația aparatului respirator. Medicația aparatului digestiv. Medicația sângelui. Medicația aparatului genito-urinar. Noțiuni generale privind distrugerea fizică și chimică a microorganismelor – dezinfectantele, antisepticele și sterilizatele. Chimioterapicele anti microbiene.

De ce nu mi-a spus nimeni înainte acest lucru? ("Why Has Nobody Told Me This Before?") de Julie Smith, Ed. Michael Joseph, 2022

Pornind de la anii de experiență ca psiholog clinician, Dr. Julie Smith vă împărtășește abilitățile de care aveți nevoie pentru a trece peste suferințele și coborâșurile vieții.

Plină de instrumente din trusa unui terapeut, cartea este un ghid indispensabil pentru optimizarea sănătății mentale. Sfaturile simple, dar care au în spate ani de experiență, și tehnicile de adaptare propuse vă vor ajuta să rămâneți rezilient, indiferent de ceea ce vă aduce viața în cale.

Soluțiile pot ajuta la: gestionarea anxietății; managementul criticilor; combaterea stării de spirit scăzute; consolidarea încrederii în sine; găsirea motivației; a învăța cum să ierți. Așadar, cartea se ocupă de problemele cotidiene care ne afectează pe toți și oferă soluții simple și practice care ar putea să vă schimbe viața.



Viitorul medicinei. Cum să ne bucurăm de o viață mai lungă și mai sănătoasă ("Future of Medicine How We Will Enjoy Longer, Healthier Lives"), de James Temperton, Ed. Cornerstone, 2021



Până la sfârșitul acestui secol, centenarii vor fi mai degrabă regula decât o excepție. Care sunt acele descoperiri medicale și noile tehnologii care vor face acest lucru posibil?

În acest ghid, jurnalistul James Temperton prezintă revoluțiile medicale care transformă zi de zi asistența medicală. El analizează terapiile imune în plină expansiune care ar putea, într-o zi, să vindece boli care pun în pericol viața, cum ar fi cancerul. El explorează știința - și etica - ingineriei genetice și potențialul acesteia.

El analizează rolul pe care cercetarea medicală de ultimă oră l-ar putea juca în tratamentul tulburărilor mentale și neurologice, de la depresie la autism. Și pune și întrebarea fundamentală: ar putea tehnologia medicală să devină atât de sofisticată încât să asistăm la sfârșitul îmbătrânirii?

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.