

ALFASIGMA 

VENA  
MEDICA

DuxMD  
pharma solutions

Pharma Nord



Proton Impex 2000 SRL

Theramex  
Pentru femei, pentru sănătate

VEDRA  
INTERNATIONAL

# MEDICAL MARKET

## Endocrinologie

Revista profesioniștilor din Sănătate

2021 - 2022



Prof. Univ. Dr. Cătălina Poiană

Profesor Endocrinologie UMF „Carl Davila”, Disciplina Endocrinologie “C. I. Parhon”



Prof. Univ. Dr. Ioana Zosin

UMF „Victor Babeș” Timișoara, Clinica de Endocrinologie



Prof. Univ. Dr. Corin Badiu

Șef secție Institutul de Endocrinologie C.I.Parhon



Prof. Univ. Dr. Constantin Dumitrache

Medic primar endocrinolog



Conf. Univ. Dr. Diana Păun

Medic primar endocrinolog, Institutul „I.C.Parhon” București



Conf. Univ. Dr. Mihaela Stanciu

Facultatea de Medicină „prof. dr. Victor Papilian” Universitatea „Lucian Blaga”, Sibiu

NU TOȚI BIFOSFONAȚII ORALI SUNT EGALI

TRĂIEȘTE FĂRĂ TEAMA



OSTEOPOROZEI

**ACTONEL® GR**  
A REDUS FRACTURILE  
CU ORICE LOCALIZARE CU

**17%** ↓

COMPARATIV CU BIFOSFONAȚII  
ORALI CU ELIBERARE IMEDIATĂ<sup>1</sup>

  
GASTRO-REZISTENT  
**ACTONEL®**  
Risedronat de sodiu 35 mg comprimate gastrorezistente

Actonel® GR este indicat pentru tratamentul osteoporozei postmenopauzale la femeile cu risc crescut de fracturi<sup>2</sup>

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Acest produs se eliberează pe bază de prescripție medicală de tip P6L. Rezumatul caracteristicilor produsului este disponibil în interiorul revistei.

 **Theramex**  
For Women, For Health



## INFORMAȚII ABREVIATE DE PRESCRIȚIE – ACTONEL 35 mg comprimate gastrorezistente

**DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI** - Actonel 35 mg comprimate gastrorezistente **COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ** - Fiecare comprimat gastrorezistent conține risedronat de sodiu 35 mg (echivalent cu acid risedronic 32,5 mg).

**DATE CLINICE - Indicații terapeutice** Tratamentul osteoporozei la pacientele aflate în perioada de postmenopauză cu risc crescut de fracturi. **Doze și mod de administrare**

**Doze** - La femeile adulte, doza recomandată este de un comprimat gastrorezistent Actonel 35 mg, administrat oral, o dată pe săptămână. Comprimat trebuie administrat în aceeași zi a fiecărei săptămâni. Nu a fost stabilită durata optimă a tratamentului cu bifosfonați pentru osteoporoză. Necesitatea continuării tratamentului trebuie reevaluată periodic, în funcție de beneficiile și riscurile potențiale ale administrării risendronatului, pentru fiecare caz în parte, în special după 5 sau mai mulți ani de utilizare. **Grupe speciale de pacienți** **Vârstnici** Dintre pacientele cărora li s-au administrat risedronat 35 mg comprimate gastrorezistente în studiile de osteoporoză postmenopauză, 59% aveau 65 de ani și peste, în timp ce 13% aveau 75 ani și peste. În general nu au fost observate diferențe de siguranță și eficacitate între aceste paciente și pacientele mai tinere. **Pacienți cu insuficiență renală** La pacientele cu insuficiență renală de la ușoară la moderată nu este necesară ajustarea dozelor. La pacientele cu insuficiență renală severă (clearance-ul plasmatic al creatininei < 30 ml/min) este contraindicată administrarea de risedronat de sodiu. **Copii și adolescenți** Risedronatul de sodiu nu este recomandat pentru utilizare la copii și adolescenți cu vârsta sub 18 ani, din cauza datelor insuficiente privind siguranța și eficacitatea. **Mod de administrare** Actonel 35 mg comprimate gastrorezistente trebuie administrate oral, dimineața, imediat după micul dejun. Administrarea în timpul postului alimentar poate duce la creșterea riscului de dureri la nivelul abdomenului superior. Comprimatul trebuie înghițit întreg și nu trebuie supt sau mestecat. Pentru a favoriza tranzitul comprimatului până în stomac, acesta trebuie administrat în ortostatism, cu un pahar cu apă plată (≥120 ml). Pacientele nu trebuie să se așeze în clinostatism timp de 30 de minute după administrarea comprimatului. Administrarea suplimentară de calciu și vitamina D trebuie luată în considerare, dacă aportul alimentar este inadecvat. În cazul în care se omite o doză, pacientele trebuie instruite să ia comprimatul în ziua în care își amintesc. Ulterior, pacientele vor relua administrarea comprimatului o dată pe săptămână, în ziua în care se făcea în mod obișnuit administrarea. Nu trebuie administrate două comprimate în aceeași zi. **Contraindicații** Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți. Hipocalcemie. Sarcină și alăptare. Insuficiență renală severă (clearance-ul plasmatic al creatininei < 30 ml/min). **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare** Medicamentele care conțin cationi polivalenți (de exemplu calciu, magneziu, fier și aluminiu) interferează cu absorbția bifosfonaților și trebuie administrate într-o perioadă a zilei diferită de administrarea comprimatelor de risedronat. Vârsta înaintată sau factorii de risc pentru fracturi, prezenți izolat, nu constituie un motiv suficient

de inițiere a tratamentului osteoporozei cu bifosfonați. La pacientele foarte vârstnice (cu vârsta >80 de ani), dovezile în sprijinul eficacității bifosfonaților, incluzând risedronatul, sunt limitate. Hipocalcemia trebuie tratată înainte de a începe tratamentul cu risedronat. Alte tulburări ale metabolismului osos sau mineral (de exemplu disfuncție paratiroidiană, hipovitaminoză D) trebuie tratate în momentul începerii terapiei cu risedronat. Bifosfonații au fost asociați cu esofagită, gastrită, ulceratii esofagiene și ulceratii gastro-duodenale. De aceea, este necesară prudență: la pacientele cu antecedente de afecțiuni esofagiene, care întârzie tranzitul sau golirea esofagiană, cum sunt stricturile esofagiene sau acalazia, la pacientele care nu pot sta în ortostatism timp de cel puțin 30 de minute după administrarea comprimatului; dacă se administrează risedronat la pacienți cu afecțiuni esofagiene sau ale tractului gastro-intestinal superior, active sau recente (inclusiv esofag Barrett diagnosticat). Osteonecroza de maxilar, în general asociată cu o extracție dentară și/sau infecție locală (incluzând osteomieliță), a fost raportată la pacienții cu neoplasm care utilizau scheme de tratament ce conțineau bifosfonați cu administrare, în principal, intravenoasă. De asemenea, mulți dintre acești pacienți utilizau chimioterapie și tratament cu corticosteroizi. Osteonecroza de maxilar a fost raportată, de asemenea, la pacienții cu osteoporoză tratați cu bifosfonați administrați pe cale orală. În cursul tratamentului cu bifosfonați au fost raportate cazuri de osteonecroză a canalului auditiv extern, în special în asociere cu terapia de lungă durată. Factorii de risc posibili pentru osteonecroza canalului auditiv extern includ utilizarea corticosteroizilor și chimioterapia și/sau factorii de risc locali, cum sunt infecțiile sau traumatismele. Trebuie luată în considerare posibilitatea de apariție a osteonecrozei canalului auditiv extern la pacienții cărora li se administrează bifosfonați, care prezintă simptome auriculare, inclusiv infecții cronice ale urechii. În timpul tratamentului cu bifosfonați, au fost raportate fracturi atipice subtrohanterice și de diafiză femurală, în special la pacienții care urmează un tratament pe termen lung pentru osteoporoză. **Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune**

- Medicamentele care conțin cationi polivalenți (de exemplu calciu, magneziu, fier și aluminiu) interferează cu absorbția bifosfonaților și trebuie administrate într-o perioadă a zilei diferită de administrarea comprimatelor de risedronat. Risedronatul de sodiu nu se metabolizează sistemic, nu este inductor enzimatic al citocromului P450 și se leagă în proporție mică de proteinele plasmatic. Administrarea inhibitorului pompei de protoni, esomeprazol concomitent cu risedronat 35 mg comprimate gastrorezistente crește biodisponibilitatea risedronatului. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea** Risedronatul de sodiu nu trebuie administrat în timpul sarcinii sau la femeile care alăptează. Nu există date adecvate cu privire la efectele risedronatului asupra fertilității la oameni. **Reacții adverse** Cele mai frecvente efecte adverse raportate la administrarea de risedronat comprimate sunt afecțiuni gastrointestinale, inclusiv dureri abdominale, diaree, dispepsie, greață, constipație; durere musculo-scheletică și cefalee. Lista completa a reacțiilor adverse se regăsește în Rezumatul Caracteristicilor Produsului, disponibil pe site-ul Agenției Naționale a Medicamentelor (ANM) - <https://www.anm.ro/nomenclator/medicamente>. **PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE - Perioada de valabilitate** 5 ani. **Precauții speciale pentru păstrare** - Acest medicament nu necesită condiții speciale de păstrare. **DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ** Theramex Ireland, 3rd Floor, Kilmore House, Park Lane, Spencer Dock, Dublin 1, D01 YE64, Irlanda **NUMĂRUL(E) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ** 13897/2021/01-06, **DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI** Data primei autorizări: August 2020, **DATA REVIZIURII TEXTULUI** Mai 2021 Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală, de tip P6L.

Acest material promoțional se adresează profesioniștilor din domeniul sănătății.

Cod material: ACTOGR\_RO\_LVP\_004428



**IWH Rouge SRL**

Calea Șerban Vodă, Central Business Park, Clădirea A, Parter, Sectiunea A.P.24, București

Tel: + 4 031 631 09 90

E-mail: [safety.romania@teva-romania.ro](mailto:safety.romania@teva-romania.ro), [medinfo.ro@theramex.com](mailto:medinfo.ro@theramex.com)



Consultant medical: Dr. Aurora Bulbuc, medic primar Medicină de familie  
**Editor**  
 Calea Rahovei, nr. 266-268,  
 Sector 5, București,  
 Electromagnetica Business Park,  
 Corp 01, et. 1, cam. 4  
 Tel: 021.321.61.23  
 e-mail: redactie@finwatch.ro ISSN 2286 - 3443



Pregătirea tinerei generații de endocrinologi  
 reprezintă o prioritate  
**Interviu cu Prof. Univ. Dr. Cătălina Poiană**

4

Congresul Național al SRE și importanța  
 abordării transdisciplinare  
**Interviu cu Prof. Univ. Dr. Ioana Zosin**

6

Explorarea dinamică a funcției renale  
**Interviu cu Prof. Corin Badiu**

10

Endocrinologia, o disciplină de hotar  
 pentru întreaga medicină  
**Prof. Dr. Constantin Dumitrache**

12

Corelații actuale între componentele sindromului  
 metabolic și cancerul tiroidian  
**Dr. Mihaela Stanciu**

14

Obezitatea și bolile endocrine  
**Dr. Diana Păun**

18

Efectele endocrine ale intoxicației cu substanțe  
 organofosforice  
**Dr. Cristian Cobilinschi, Dr. Radu Tincu**

22

Rolul seleniului în funcția tiroidiană  
**Dr. Delia Nițescu**

23

Insuficiența CSR acută  
**Prof. Dr. Constantin Dumitrache**

26

# Pregătirea tinerei generații de endocrinologi reprezintă o prioritate

**Interviu cu Prof. Univ. Dr. Cătălina Poiană, Șef Disciplina de Endocrinologie „C. I. Parhon” și Baza Clinică la Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila”, Prorector la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București, Președinte al Societății Române de Endocrinologie**

Stimată doamnă Profesor, în calitatea de Președinte al Societății Române de Endocrinologie și de Președinte al celui de-al 29-lea Congres Național al Societății Române de Endocrinologie, care a fost motto-ul la care v-ați gândit atunci când ați stabilit desfășurarea evenimentului?

Congresul Național al Societății Române de Endocrinologie se desfășoară anual și reprezintă evenimentul emblematic al endocrinologiei românești.

Anul acesta, organizarea celui de-al 29-lea Congres Național al Societății Române de Endocrinologie, a fost dezvoltată sub conceptul: Știință, Informații de actualitate din domeniu, Colaborare, Schimb de experiență.

Mai mult decât atât, Ceremonia oficială de deschidere a Congresului a fost gândită prin ideea de: Provocări și perspective în endocrinologia românească, iar Ceremonia de închidere: Privim spre viitor: „A pregăti viitorul nu este altceva decât a întări temelia prezentului.” (Antoine de Saint-Exupery). Aceste concepte subliniază viziunea și misiunea Societății Române de Endocrinologie, de a furniza informare și educație medicală continuă membrilor săi, la cele mai înalte standarde. Pregătirea tinerei generații de endocrinologi reprezintă o prioritate a conducerii societății noastre, pentru a asigura continuitatea dezvoltării endocrinologiei românești.

Structura Congresului a fost foarte diversificată și aplicată, cu



prezentări științifice de excepție. Cât de importantă este interdisciplinaritatea medicală în patologia pacienților?

În 1946 se înființa prin Decret Regal, Institutul de Endocrinologie care, de la creare, poartă numele Profesorului C.I.Parhon ca o consfințire a recunoașterii meritelor sale de creator al Școlii Românești de asistență medicală, cercetare și învățământ în endocrinologie. Articolul II din acest Decret-lege prevedea că „Institutul de Endocrinologie are drept scop organizarea, îndrumarea și promovarea studiilor și cercetărilor teoretice și experimentale în domeniul endocrinologiei

aplicate în toate ramurile biologice și sociale”. Cu alte cuvinte, multidisciplinaritatea medicală ca abordare a multora dintre patologiiile endocrine, reprezintă o tradiție în Școala românească de endocrinologie, și se bazează pe acțiunile complexe, multisistemice pe care hormonii le îndeplinesc în economia organismului uman.

Necesitatea interdisciplinarității medicale în abordarea pacienților endocrini a fost ilustrată în programul Congresului nostru prin diversele simpozioane organizate, de tipul: „Complicații endocrino-metabolice la pacienții pediatrici cu afecțiuni hemato-oncologice”, „Simpozion endocrino-pediatrie”, „Actualități în tumorile

endocrine”, „Abordarea multidisciplinară a tumorilor neuroendocrine”, „Simpozion comun diabet-endocrinologie”.

**Screeningul salvează vieți, scopul fiind acela de a diagnostica din timp posibilele afecțiuni, amânând sau chiar eliminând complet momentul instalării bolii. Cum definiți rolul prevenției medicale vs tratament?**

Prevenția în endocrinologie, alături de screeningul patologiei majore endocrine, reprezintă abordări moderne în endocrinologie, care ilustrează poate cel mai bine conceptul medicinei centrate pe pacient, deoarece permit reducerea îmbolnăvirilor, precum și a formelor grave de boală, alături de diagnosticul precoce al patologiei endocrine, ceea ce permite instituirea cât mai devreme a tratamentului specific, adecvat bolii, reducând astfel numărul și severitatea complicațiilor și a comorbidităților. Acestea se traduc nu doar în creșterea calității vieții pacienților noștri, dar și în reducerea încărcăturii financiare în cadrul sistemului de sănătate.

**Cum poate fi explicată patologia endocrinologică în contextul pandemiei COVID-19?**

Încă din luna aprilie 2020 Comisia de endocrinologie, consultativă a Ministerului Sănătății formula în conformitate cu recomandările elaborate la nivel european materialul: „COVID-19 și bolile endocrine”.

Societatea Română de Endocrinologie a fost printre primele Societăți profesionale care a organizat la data de 9 aprilie 2020, webinarul; COVID-19 în patologia endocrină, în cadrul căreia s-au abordat următoarele teme: COVID-19 și afecțiunile tiroidiene, Patologia adrenală: insuficiența adrenală, sindromul Cushing și infecția cu SARS-CoV-2, Anomaliile ale statusului nutrițional și COVID-19, Statusul vitaminei D și infecția cu SARS-CoV-2, Infecția cu SARS-CoV-2 și acromegalia.

Unele boli endocrine pot pune pacientul la un risc mai mare de a dez-

volta forme severe în cazul infecției cu noul coronavirus, în primul rând datorită multiplelor complicații sistemice pe care le antrenează. Astfel acromegalia poate antrena complicații cardiovasculare: cardiomiopatia hipertrofică, boala cardiacă ischemică, HTA, complicații metabolice: hiperinsulinism și rezistența la insulină, diabet zaharat secundar, dislipidemie, sau boli respiratorii: sindrom de apnee de somn, insuficiență respiratorie. De asemenea sindromul Cushing poate evolua cu: obezitate, HTA, diabet zaharat secundar, boală cardiovasculară, sindrom de imunodeficiență, status protrombotic.

O atenție deosebită trebuie acordată pacienților cu insuficiență adrenală primară. În cazul suspiciunii de COVID-19, se recomandă creșterea promptă a dozelor tratamentului substitutiv glucocorticoid, de îndată ce apar simptome minore, pentru a evita decompensarea, respectiv o criză adrenală, precum și contactarea la distanță a medicului curant.

**De la Congresul al 28-lea al Societății Române de Endocrinologie care a avut loc în luna Octombrie 2020 au trecut 9 luni. Cum a decurs această perioadă dpdv al simpozioanelor și al activităților organizate?**

În această perioadă de timp scursă de la ultimul Congres Național de Endocrinologie, Societatea Română de Endocrinologie a organizat o serie întreagă de manifestări științifice, dintre care amintesc: Campania de informare asupra acromegaliei și Webinar Ziua Acromegaliei la 1 Noiembrie 2020; Forumul Tinerilor Endocrinologi în 11-12 Decembrie 2020, eveniment organizat în premieră; Osteoporosis Essentials: Densitometry, Diagnosing Management curs internațional organizat de Grupul de lucru pentru osteoporoză al Societății noastre, sub egida International Society of Clinical Densitometry and International Osteoporosis Foundation, în perioada 4-6 Martie 2021; lansarea Registrului Național de Acromegalie la data 22 Martie 2021; Campania de informare: Tiroida – 7 zile de dezbateri în cadrul Săptămă-

mânii Internaționale de Conștientizare asupra Tiroidei, 25-31 Mai 2021.

**Este nevoie de tradiție dar și de prezent pentru a construi viitorul care este mai mult decât un concept dar în egală măsură este necesară continuitatea. Care sunt direcțiile de dezvoltare pe care le doriți pentru Societatea Română de Endocrinologie?**

Societatea Română de Endocrinologie va fi și în continuare alături de membrii săi, organizând manifestări științifice, mese rotunde, simpozioane, dezbateri, cursuri și webinarii care să asigure informarea și accesul la cele mai noi cunoștințe în domeniu. Ne dorim endocrinologi la fel de bine pregătiți care să fie alături de pacienții lor, așa cum s-au dovedit a fi și în această perioadă deosebit de dificilă pe care am traversat-o în ultimul an și jumătate, și pentru care le mulțumesc foarte mult. Ne dorim endocrinologi care să asigure asistență medicală de specialitate la standarde europene și cele mai bune îngrijiri ale pacienților cu boli endocrine.

În centrul preocupărilor noastre este pregătirea și antrenarea în activitatea de cercetare a tinerilor endocrinologi, și vom continua organizarea anuală a Forumului Tinerilor Endocrinologi, manifestare extrem de utilă în asigurarea schimburilor de experiență, a colaborării și a relaționării tinerilor noștri.

Dar la fel de importantă este pentru noi și vizibilitatea Societății noastre la nivel european și dezvoltarea proiectelor de colaborare și cercetare cu Societățile profesionale de profil de la nivel european, precum Societatea Europeană de Endocrinologie (ESE), Societatea Poloneză de Endocrinologie, prin simpozioanele româno-poloneze organizate la fiecare doi ani, și nu numai; de exemplu colaborarea cu Asociația Americană a Endocrinologilor Clinicieni (AACE), prin Chapterul din România sau cu Societatea Internațională de Densitometrie Clinică (ISCD) și Federația Internațională de Osteoporoză (IOF), pentru cursurile postuniversitare organizate.

# Congresul Național al SRE și importanța abordării transdisciplinare

Despre rolul și feedback-ul obținut ca urmare a tradiției în organizarea Congresului Național al Societății Române de Endocrinologie, ajuns la cea de a 29-a ediție dar și despre comunicarea interprofesională și managementul relației medic-pacient, ne relatează **D-na Prof. Univ. Dr. Ioana Zosin**, Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” Timișoara, Clinica de Endocrinologie.

**In calitate de Președinte de onoare al Societății Române de Endocrinologie, având în vedere activitatea și experiența dvs. didactică și științifică, ce așteptări aveți de la cel de al 29-lea Congres Național al Societății Române de Endocrinologie, cu o tematică foarte diversificată și documentată, organizat virtual, în perioada 23-26 iunie 2021?**

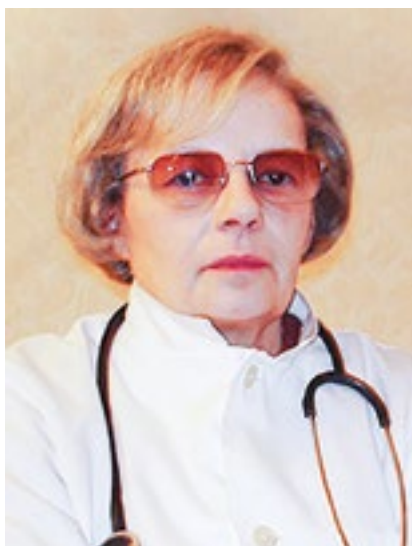
Congresul Național al Societății Române de Endocrinologie este una dintre rarele ocazii la care se întâlnesc toți endocrinologii români. Unii sunt cadre didactice, alții cercetători sau medici practicieni.

Cel de al 29-lea Congres al Societății Române de Endocrinologie cu motto-ul foarte inspirat: „Singuri suntem doar o picătură, împreună suntem un ocean” are și speakeri cu profile înrudite endocrinologiei (chirurgi endocrini, endocrino-pediatri, diabetologi, ș.a.).

Invitații congresului de peste hotare sunt personalități ale endocrinologiei europene și mondiale (15 speakeri), unii dintre aceștia fiind români. O parte dintre profesorii invitați fac parte din organisme europene sau internaționale, de mare prestigiu, sau sunt președinți ai societăților naționale de endocrinologie.

Tematica manifestării, deosebit de complexă, vizează aspecte patogenice, clinice și terapeutice în cele mai diverse endocrinopatii. Diferitele topici sunt prezentate sub forma comunicărilor orale, a simpoziunilor sau a sesiunilor „meet the expert”, etc.

**Așteptările mele de la această prestigioasă manifestare se referă la obținerea de informații profesionale de mare actualitate, oferite de mai multe generații de specialiști, aparținând mai multor școli.**



**Ce proiecte ați finalizat în mandatul dvs. și pe care doriți să le prezentați opiniei publice?**

Unul dintre proiectele în curs de desfășurare se referă la înființarea și consolidarea unui Contract de Cooperare Profesională bilateral, între Societatea Română de Endocrinologie și Societatea Polonă de Endocrinologie.

Această colaborare a debutat în anul 2015 și s-a concretizat prin organizarea de simpoziune în ambele țări, la intervale de doi ani, participare la congrese naționale, studiul în comun al unor aspecte de patologie endocrină cu importantă morbiditate, etc.

Tematica întrunirilor bilaterale este axată mai ales pe aspecte de endocrinologie practică, care ridică probleme de diagnostic și tratament.

În urma succesului primelor trei întâlniri (Timișoara, Wrocław, Cluj-Napoca), din anul 2019 Societatea Maghiară de Endocrinologie și-a exprimat interesul pentru colaborare, aceasta devenind trilaterală.

De asemenea, împreună cu d-na prof. Cătălina Poiană am reprezentat România la UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) secția endocrinologie, organism european preocupat de armonizarea învățământului endocrinologic în Uniunea Europeană.

**Contextul actual ne-a demonstrat că omenirea poate fi afectată de existența diverselor boli infecțioase, contagioase și chiar pandemii.**

**Cum se poate descrie evoluția bolilor endocrinologice în contextul pandemiei COVID-19?**

Pandemia Covid-19 induce la pacienții afectați de formele de boală moderate și severe efecte multisistemice, interesând și glandele endocrine. Dovezile științifice referitoare la impactul virusului asupra sistemului endocrin sunt destul de sumare.

Se știe că răspunsurile endocrine și cele imune sunt interconectate. O serie dintre datele disponibile provin de la pacienții care au prezentat infecție SARS CoV-2. Nu se pot exclude unele similitudini între efectele endocrine ale celor două infecții.



## Aspect întinerit al pielii și somn odihnitor

cu adaos de vitamina B2 și vitamina B7

- Un bun control al schimbărilor de dispoziție
- Somn odihnitor
- Nivel crescut de energie
- Îmbunătățește elasticitatea pielii



## Fără bufeuri

cu ingredientul patentat DT56a, semințe de in și vitamina B6

- Ameliorarea rapidă a simptomelor - bufeuri și transpirații nocturne.
- Somn odihnitor
- Nivel crescut de energie
- Un bun control al schimbărilor de dispoziție
- Reducerea stărilor de anxietate
- Fără efect estrogenic asupra sânului și uterului



## Menținerea sănătății oaselor

cu adaos de vitamina D3 și calciu

- Susține sănătatea oaselor datorită mecanismului unic de regenerare osoasă
- Flexibilitatea articulațiilor și mușchilor
- Somn odihnitor
- Creșterea nivelului de energie și reducerea riscului de apariție a depresiei

S-a demonstrat că virusul SARS-CoV-2 poate afecta sistemul endocrin prin intermediul a trei mecanisme: infectare virală directă a unei glande endocrine, activarea axului hipotalamo-hipofizar prin intermediul mediatorilor inflamatori și interesare endocrină secundară, indusă prin mecanisme imune umorale sau celulare.

Afectarea axului hipotalamo-hipofizar poate conduce la perturbarea secreției unor tropi hipofizari (scăderea secreției TSH, creșterea celei de LH). Împietarea TSH-ului poate determina diverse disfuncții tiroidiene.

Interesarea virală a suprarenalelor cu insuficiența CSR este bine cunoscută. Se stipulează intervenția posibilă a două mecanisme: stimularea axului hipotalamo-hipofizar de către citokine (cu creșterea perfuziei CSR și risc hemoragic) și augmentarea steroidogenezei (cu efecte imuno modulatorie, conducând la sporirea celulelor Th-2 helper). Efectele benefice ale corticoterapiei sunt controversate, cu excepția cazurilor foarte grave, unde reduc mortalitatea.

COVID-19 afectează în diverse grade și pancreasul exocrin, cu posibilitatea instalării unei pancreatite acute. Hiperglicemia reprezintă o situație relativ frecventă, instalându-se secundar interesării celulelor insulare pancreatice. Diabetul zaharat rămâne un factor de risc important pentru formele severe de boală și un predictor pentru morbiditate și mortalitate. Explorarea metabolismului glucidic este necesară atât la pacienții cu diabet cunoscut, cât și la mediabetici.

Efectele COVID-19 asupra glandei tiroide sunt diverse, implicând atât mecanisme centrale, cât și de ordin periferic. Au fost comunicate cazuri de tiroidită subacută (adesea atipică), tirototoxică și hipotiroidie.

Interesarea gonadică a fost mai frecvent observată la bărbați, care pot dezvolta orhită autoimună și scăderea secreției de testosteron.

**Cercetarea medicală științifică are un rol esențial în depistarea unor noi simptomatologii endocrinologice și nu numai dar și a unor tratamente medicale revoluționare.**

**Care este opinia dvs. vis-à-vis de gradul de anticipare al inovațiilor și progresului medicinei pe plan mondial?**

Progresul medical este un rezultat al cercetării științifice. Cercetarea științifică reprezintă descoperirea de cunoștințe noi prin investigație sau experimente. Descoperirea de noi fapte sau informații amplifică înțelegerea noastră asupra sănătății și bolilor umane.

Numai prin cercetare se pot obține date noi și fundamentate, care pot fi ulterior aplicate în practica medicală. Rezultatele cercetării cresc eficiența sistemelor medicale naționale, mai ales în condiții particulare (pandemie).

Beneficiile obținute în urma cercetării (fundamentale, aplicate) îmbunătățesc procesul diagnostic (identificare de noi markeri ai afecțiunii; investigații paraclinice elaborate) și terapeutic (sinteza unor medicamente cu efecte „țintite”; standardizarea unor proceduri chirurgicale și/sau radioterapice, etc.). Pe de altă parte, datele obținute pot oferi dovezi concrete în sprijinul politicilor sanitare și dezvoltării sistemelor de asistență sanitară.

Deși OMS și alte organisme internaționale sunt conștiente de beneficiile cercetării medicale, aceasta nu este prioritară în multe state, deoarece fondurile guvernamentale sunt limitate, sistemul de management și coordonare nu funcționează corespunzător, lipsesc cercetătorii calificați, dotarea tehnică nu este adecvată, ș.a.

**Cât de important este managementul relației medic-pacient?**

Relația medic-pacient reprezintă esența psihologiei medicale. Aceasta se desfășoară pe mai multe planuri: cognitiv (implicând un schimb de informații între ambii), emoțional (prin care medicul răspunde la emoțiile pacientului cu empatie) și etic sau moral (realizat prin competență profesională, confidențialitate, corectitudine, ș.a.).

Aceasta relație deține o relevanță fundamentală în stabilirea unui diagnostic corect și a unei terapii adecvate. Informarea pacientului și comunicarea sunt esențiale, pacientul fiind un interlocutor activ. Sub aspect legal

și deontologic, informarea bolnavului este un drept al acestuia și o obligație profesională a medicului.

**Cum definiți importanța abordării și comunicării interdisciplinare pentru identificarea și stabilirea cu acuratețe a stării patologice a unui pacient și implicat a diagnosticilor medicale?**

Majoritatea afecțiunilor dețin caracter multisistemic, impunând o abordare multidisciplinară a cazului. De exemplu, o afecțiune tiroidiană cronică (boală Graves' cu orbito patie infiltrativă severă) adesea neglijată, necesită pe lângă tratamentul endocrinologic propriu zis, tratament oftalmologic, cardiologic, neurologic, eventual chirurgical și/sau radioterapic etc. Complexitatea cazului impune constituirea unei echipe multidisciplinare, incluzând mai multe categorii de specialiști.

Echipele medicale pot fi multidisciplinare (se bazează numai pe fondul de cunoștințe specifice), interdisciplinare (care analizează și armonizează legăturile dintre specialități în mod coerent și coordonat) și transdisciplinare (care integrează științele medicale într-un context umanist). Este de dorit ca echipele medicale să fie inter și transdisciplinare.

Peste 70% dintre erorile medicale se datorează unei abordări singulare sau activității disfuncționale a echipei medicale pluridisciplinare.

Rezolvarea corespunzătoare a unei cazuistici medicale complexe presupune o anumită funcționalitate la nivelul grupului de specialiști, care ar trebui să respecte anumite reguli. Echipa interdisciplinară cuprinde membri cu specialități și competențe diferite, care au un scop comun, acționează interdependent în planificarea, rezolvarea problemelor, stabilirea deciziilor și implementarea lor.

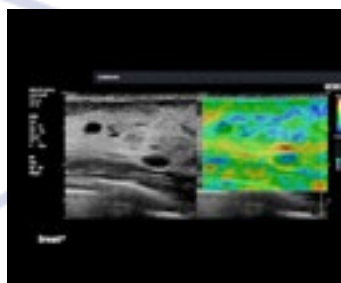
Comunicarea este esențială, atât în stabilirea relației cu pacientul, cât și cu ceilalți membri ai echipei medicale. Comunicarea cu pacientul va ține cont de capacitatea sa de înțelegere în contextul stării actuale de boală. Comunicarea interprofesională trebuie să fie bazată pe norme profesionale și etice (grad ridicat de cooperare cu respectarea opiniilor celorlalți, politețe, respect reciproc, calm, toleranță, etc).



## Ecograf HS50 Samsung Medison



**Funcții:** Dual Live Mode, Quick Scan B-Mode PW-Mode, Doppler Pulsat, Tissue Harmonic, Tissue Doppler, Color Motion Mode, Calcule automate în timp real.  
**Opțiuni:** Panoramic View, Spatial Coumpoung Image (SCI) pentru sonde lineare, Elastografie, Conectivitate DICOM.



**ElastoScan™:** Tehnică de diagnostic pentru vizualizarea elasticității/rigidității, ElastoScan™ detectează prezența masei solide în țesuturi și transformă orice rigiditate în imagini color, sub formă unei hărți de culoare.

## Ecograf HS40 Samsung Medison

**S-Detect Thyroid:** Tehnologie AI prin care leziunile tiroidei (nodulii) sunt identificate automat de sistem și oferă utilizatorului scorul TI-RADS aferent.



Monitor de 21.5 inch și touchscreen de 10.1 inch;  
Tehnologii: ClearVision, S-Harmonic și MultiVision.  
Funcții extra opționale: Strain+, NeedleMate+™, AutoIMT+, Panoramic, EzExam+™.

Distribuitor autorizat:



În România prin: **PROTON IMPEX 2000 SRL**

63, Trilului str., 030401 Bucharest;

Tel/Fax: +40-21-224-5281; +40.31.425.0893;

E-mail: office@proton.com.ro;

www.proton.com.ro | www.ecografesamsung.ro

www.imagisticamedicala.ro | www.shimadzumedical.ro

# Explorarea dinamică a funcției renale

Am avut plăcerea și onoarea de a mă reîntâlni cu reputatul medic dr. Corin Badiu, profesor universitar în disciplina de Endocrinologie la UMF "Carol Davila" București, medic primar în două specialități, Endocrinologie și Diabet. **Profesorul Corin Badiu** este din anul 2005 șeful secției clinice universitare „Patologia tiroidiană de corelație” din Institutul de Endocrinologie “C. I. Parhon” și este posesorul a unui număr impresionant de premii și distincții, precum și de afiliere la organizații internaționale. Este membru al Academiei de Științe medicale din România. Domnia sa a avut amabilitatea de a împărtăși pentru revista Medical Market – Endocrinologie 2021 primele impresii de la Congresul SRE, încheiat cu puțin timp în urmă.

Stimate domnule profesor, vă rugăm să ne spuneți câteva lucruri despre cel mai mare eveniment al SRE din acest an, în a cărei desfășurare ați fost implicat.

Recent s-a încheiat cel de-al 29-lea Congres al Societății Române de Endocrinologie, o manifestare de înalt prestigiu, care a reunit un mare număr de experți în patologia endocrină, atât la nivel mondial cât și la nivel național. În cadrul acestui congres maraton au fost dezbateri, prezentări de experți, plenare, oportunități atât pentru tineri cât și pentru seniori de a exprima opinii și de a deschide uneori subiecte controversate. Au fost înregistrați peste 4100 de participanți online. Dacă luăm în calcul toți membrii societăților de Endocrinologie, de Diabet, de PsihoNeuroEndocrinologie nu vom totaliza nicidecum numărul de participanți deci cu siguranță s-au înregistrat în sistemul informatic al congresului medici și din alte specialități, ceea ce arată interesul pentru tematica anunțată a evenimentului. Succesul a fost generat și de faptul că în tratamentul pacienților noștri formăm echipe multidisciplinare în care participă și medici din alte specialități. Au fost și simpozioane pe specific chirurgical, în care colegii noștri chirurghi endocrinologi au explicat utilitatea anumitor proceduri, riscuri etc. Desfășurarea online a Congresului a creat un avantaj prin faptul că a permis participarea unui număr atât de mare de medici, pentru că nu ar fi încăput într-o singură sală 4000 de oameni. Congresul s-a desfășurat într-un flux unic, astfel încât nu a existat riscul ca două prelegeri să se desfășoare simultan în două săli diferite și astfel să nu le poți audia pe ambele. De altfel, toate prezentările sunt dispo-

bile pe site-ul evenimentului și cei doritori pot parcurge sau revedea prezentările care sunt de interes. La prezentările plenare, sistemul electronic este avantajos, permițând un număr mare de participanți. În schimb, la prezentări de cazuri, la subiecte mai de nișă, unde sunt grupe mai mici, toate acestea sunt mai potrivite a se desfășura direct, nemijlocit, nu online, pentru că se pot pune întrebări și interacționarea este mai bună.

Ați susținut la Congresul SRE o excepțională prezentare pe tema "Testarea dinamică a corticosuprarenalelor". Vă rugăm să faceți pentru cititorii noștri, medici endocrinologi, un scurt rezumat al acestei comunicări științifice.

Una din temele deosebit de importante în explorarea endocrină este și explorarea funcției suprarenale, care vizează atât condiția de hiperfuncție suprarenală, adică ceea ce numim îndeobște suspiciunea de sindrom Cushing, cât și cea de insuficiență suprarenală, adică de insuficiență globală, cum este în boala Addison sau insuficiență pe anumite subgrupe de hormoni corticosuprarenali. Fiecare din aceste zone de patologie necesită explorare dinamică. Prezentarea în Congres a acestei teme a fost bazată pe o bogată documentare, fiind susținută de studii din literatură dar și de experiența personală.

Testarea funcției suprarenale se aplică unui pacient ori de câte ori de câte ori se suspectează o funcție suprarenală prea activă, de exemplu un pacient cu obezitate, cu hipertensiune, cu diabet sau la care se găsește pe tomograf o leziune suprarenală. Această necesitate de testare dinamică

rezultă din faptul că suprarenala în sine este o glandă care funcționează după un bioritm foarte robust, în care avem o funcție suprarenală mare dimineața și mică la miezul nopții pentru toți cei care au regim de veghe ziua și somn noaptea. De aceea, testarea într-un singur moment a funcției suprarenale nu e relevantă. Trebuie să știm capacitatea sistemului de a frâna producția de hormoni sau de a o putea stimula în condiții de stres, de a vedea care este rezerva funcțională și care este capacitatea de a se opri. În acest context, începând cu suspiciunea de sindrom Cushing, adică hiperfuncție corticosuprarenală, testele dinamice vizează testarea în ritm, verificarea producției de cortizol dimineața față de cea de la miezul nopții, verificarea apoi a supresibilității axei corticosuprarenale, care constă în administrarea de dexametazonă și dozarea cortizolului în plasmă, a doua zi dimineață. Sau, sunt și teste mai sofisticate, care folosesc doze mai mari de dexametazonă sau folosesc stimulatori fiziologici ai secreției de ACTH, cum este CRH-ul sau derivați de vasopresină.

Uneori, localizarea procesului patologic nu este clară și atunci avem nevoie de o determinare imagistică și funcțională în același timp. Folosim procedeul de cateterizare de sistem venos și prelevare din mai multe puncte a probelor de sânge, în paralel cu un cateter de control care de regulă este introdus în vena cavă inferioară, pentru a face comparații între concentrația plasmatică de hormoni între diverse puncte ale corpului și în diverse condiții de stimulare. Prima metodă terapeutică în Cushing rămâne cea chirurgicală. În aceste situații, trebuie să ne dăm seama de localizarea procesului patologic și să îndrumăm chirurgical să extragă le-

ziunea care determină această anomalie funcțională.

Cealaltă latură a spectrului bolilor suprarenale vizează insuficiența funcției, pentru care folosim stimulatori. Stimulatorii pot fi fiziologici, de exemplu hipoglicemia, pentru care se administrează insulină. Sau, determinăm cortizolul după stimularea fiziologică a suprarenalelor, folosind un analog al ACTH-ului, denumit Synacthen sau Cortrosyn. Este un ACTH sintetic ce se poate administra intravenos "in bolus" sau prin perfuzie controlată cu viteză lentă, ceea ce permite să vedem sursa de hormoni prin mijloace imagistice și funcționale prin cateterizare selectivă.

Am prezentat un asemenea caz, pe care noi l-am explorat dinamic și l-am și operat cu succes. Printr-o stimulare cu synacthen am dozat aldosteron și cortizol în paralel, am putut localiza nodulul care producea excesiv mineralocorticoizi; ulterior chirurgul a operat acel adenom care determina dezechilibrul metabolic.

Există însă și situații în care, din naștere, biosinteza steroidă este afectată datorită blocajului enzimatic. În această situație, în care unii hormoni sunt în cantitate mare iar alții sunt insuficienți, se scade producția de cortizol, se crește producția de androgeni iar administrarea unor substanțe stimulative, cum este synacthen, poate să amplifice diferențele și să facă mai ușor de pus diagnosticul.

Pentru că suprarenalele produc o mulțime de hormoni, standardul de aur în testarea producției hormonale a suprarenalelor este determinarea prin spectrometrie de masă a tuturor hormonilor steroizi care se sintetizează într-un anumit moment și în condiții de supresie cu dexametazonă sau de stimulare cu synacthen. Am prezentat un studiu personal care arată aceste particularități de dozare. În esență, concluzia a fost că testarea dinamică a suprarenalelor este obligatorie, că atât testele cu dexametazonă cât și cu synacthen sunt teste standardizate de foarte multă vreme și sunt obligatorii în portofoliul fiecărui endocrinolog și că ar fi foarte util să avem aceste produse în standardul clinicilor de endocrinologie. Din păcate unele medicamente nu se regăsesc în nomenclatorul

Agenției Naționale a Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale, deși sunt căi oficiale prin care aceste medicamente se pot aduce în mod curent în clinică.

Depășind zona diagnosticului, terapia substitutivă a pacienților cu insuficiență corticosuprarenală, secundară sau primară, trebuie făcută cu un medicament care să permită și dozajul hormonal, ceea ce este hidrocortizon acetat (nu hidrocortizon hemisuccinat, care este administrat injectabil), comprimate pe care orice pacient să le poată lua ca să asigure o substituție adecva-



tă. Din păcate, nici acest medicament nu se află în mod curent în portofoliul farmaceutic al clinicilor de endocrinologie și ar trebui făcute eforturi la nivel guvernamental pentru ca aceste lacune să nu mai existe.

**O altă dezbatere despre care vă rugăm să ne spuneți câteva impresii este cea având ca titlu "De la ce nivel de TSH se realizează substituția?"**

A fost o dezbatere între 2 tineri rezidenți în endocrinologie, rezidenți de an mare, care urmează să dea în curând examenul de medic specialist în endocrinologie. Unul dintre aceștia, dr. Mihai Marinescu a făcut o prezentare deosebit de interesantă, în care a trebuit să fie avocatul pro "terapie substitutivă" de la un prag mai mare al TSH, iar un alt coleg, oponentul lui, Dr. Maximilian

Gluga de la Tg. Mureș a făcut o pledoarie pentru substituția hipotiroidismului de la valori mai mici ale TSH-ului. Fiecare și-a adus argumente pentru a susține utilitatea substituției la o doză mai mare - primul medic, sau la o valoare TSH mai mică - al doilea. Dr. Mihai Marinescu a adus în expunerea sa ca argument faptul că nu există foarte multe dovezi care să arate beneficiul unei substituții în hipotiroidismul subclinic, că nu există multe dovezi care să arate că e utilă substituția indiferent de categoria de diagnostic și că dacă substituția se face

prea robust, mai ales la persoane în vârstă, există niște factori de risc suplimentari. Pe de altă parte, oponentul său a adus alte argumente, și anume legate de utilitatea substituției mai precoce pentru îmbunătățirea fertilității, pentru îmbunătățirea indicelui de inteligență, mai ales fiind vorba de hipotiroidia neonatală și pentru îmbunătățirea parametrilor metabolici, aici vorbim de profil lipidic, vorbim de disfuncție endotelială, de impactul metabolic al hormonilor tiroidieni, ceea ce a însemnat un argument puternic pentru substituția de la un nivel mai coborât al TSH-ului.

Până la urmă, s-a concluzionat că terapia de substituție trebuie condusă în funcție de particularitățile fiecărui pacient. S-a ajuns la o dezbatere foarte interesantă, cu intervenții și din partea unor medici care asistau online la acestea, spre beneficiul întregii audiențe.

**Ce trebuie să reținem din prezentarea cu titlul "Deficitul de iod, hipotiroidismul și sarcina?"**

A fost o expunere pleneră a președintelui Societății de Endocrinologie din Polonia, foarte documentată, despre cele mai recente studii care susțin ceea ce spuneam și mai devreme despre necesitatea unei substituții precoce cu hormoni tiroidieni și un nivel de TSH care să nu atingă 2,5, să fie în intervalul 0,5-2,0 și să mențină prin substituție o funcție tiroidiană la parametri optimi, pentru că hormonii tiroidieni intervin atât în neurogeneză cât și în dezvoltarea întregului organism, mai ales al embrionului și fătului.

**Vă mulțumim domnule profesor dr. Corin Badiu pentru interviul acordat.**

# Endocrinologia, o disciplină de hotar pentru întreaga medicină

**Prof. Dr. Constantin Dumitrache**, medic primar endocrinolog, fost manager în Institutul Parhon timp de 18 ani, un adevărat pasionat în endocrinologie, pe care o consideră "regina medicinei" și la care a ajuns în urma unor întâmplări, una din acestea fiind faptul că mama domniei sale a suferit de boala Basedow pe durata studenției sale, boală care la vremurile acelea nu se putea vindeca.

**E**ndocrinologia este permanent în fruntea tuturor disciplinelor medicale, este acea disciplină integrativă, care este necesară tuturor specialităților. Deci, pe lângă că este o disciplină de sine stătătoare, este o disciplină de hotar pentru absolut întreaga medicină. Nu există specialitate care să nu aibă un mic loc pentru endocrinologie, un loc mic dar important, pentru că endocrinologia totdeauna și-a câștigat un loc de frunte. Endocrinologia determină sau contribuie la normalitatea metabolică și a tuturor proceselor biologice, indiferent pe care l-am lua în discuție: procesul de creștere și dezvoltare, procesul de sexualizare, procesul metabolic, patologiile autoimune, totul are participare sau reprezentare endocrină. Insist asupra acestui lucru pentru că n-am reușit, trebuie să fiu autocritic, să impunem endocrinologia la locul pe care ar trebui să-l aibă. Consider că studiul fiecărei specialități ar trebui ca să înceapă cu un curs de endocrinologie legat de acea specialitate. La nivel osos, în probleme de osteoporoză, endocrinologia își are aportul ei masiv. S-au pus probleme de sexologie și sexualizare (sunt lucruri diferite) și aici endocrinologia își are de asemenea rolul ei determinant.

Anul acesta, în perioada primăvară-vară, ca în fiecare an, endocrinologia iese în față prin două evenimente, lucru care deja reprezintă o normalitate pentru medici, indiferent dacă sunt endocrinologi sau de alte specialități, Congresul Național de Endocrinologie și Congresul Asociației de Endocrinologie Clinică din România, sub tutela Academiei de Științe Medicale, în care profesorii dr. Cătălina Poiană, dr. Carmen Georgescu, dr. Corin Badiu, dr. Carmen Barbu, conferențiar dr. Diana Păun, profesor dr. Eduard Circo și lista este mult mai mare, cei mai mulți din Institutul Parhon și din Spitalul Elias, plus medicii din sectoare,

au adus participanților un program tematic deosebit de interesant, complex și de maximă noutate. Ambele evenimente sunt precedate de o serie de cursuri care se referă la patologia osoasă și metabolismul fosforocalcic, tumorile endocrine, patologia autoimună tiroidiană și va mai fi o sesiune sau un moment de "istorie a endocrinologiei", care consider că trebuie repetat fiecărei generații de endocrinologi. Să se știe și să nu se uite



cum a început endocrinologia în România, de ce institutul se cheamă Parhon, ce contribuții importante au avut profesorii Ștefan Milcu, profesor Marcela Pitiș etc în dezvoltarea endocrinologiei românești și nu numai. Pentru că pentru specialitatea de endocrinologie, poate mai mult decât în cazul altor specialități, unii dintre părinții ei au fost din România, pentru că aici a început și s-a dezvoltat în primele ei decenii de existență, totdeauna prin implicarea unor specialiști dintre cei mai bine cotați în endocrinologia europeană și mondială. Numele profesoarei Marcela Pitiș este în mod nemeritat aproape uitat deși rolul ei în ceea ce este endocrinologia astăzi este unul foarte important. Iar după acești 3 mari endocrinologi români pe care i-am pomenit și venerat, a urmat apoi o altă generație care a venit cu un aport

însemnat la moștenirea lăsată de înaintași, printre care amintesc doar pe profesorul Coculescu, din păcate plecat dintre noi la o vârstă de apogeu al activității sale.

Tot la aceste reuniuni medicale de prestigiu am avut capitole speciale despre ginecologia endocrină, despre oncologia endocrină și despre chirurgia endocrină. Un lucru care poate nu se știe este faptul că secția de chirurgie endocrină din Institutul Parhon a fost prima unitate de chirurgie endocrină din lume. Doctorul Eugen Angelescu a fost părintele chirurgiei endocrine de la noi, dar cum suntem tentați să uităm, așa a rămas uitată și memoria acestui mare chirurg român. După Eugen Angelescu a urmat în ceea ce privește chirurgia endocrină epoca Dr. Damian iar acum trăim a 3-a generație de chirurghi endocrini, reprezentată de chirurgii Mircea Ghemigian și Daniel Brașoveanu, cunoscuți și respectați în lumea medicală.

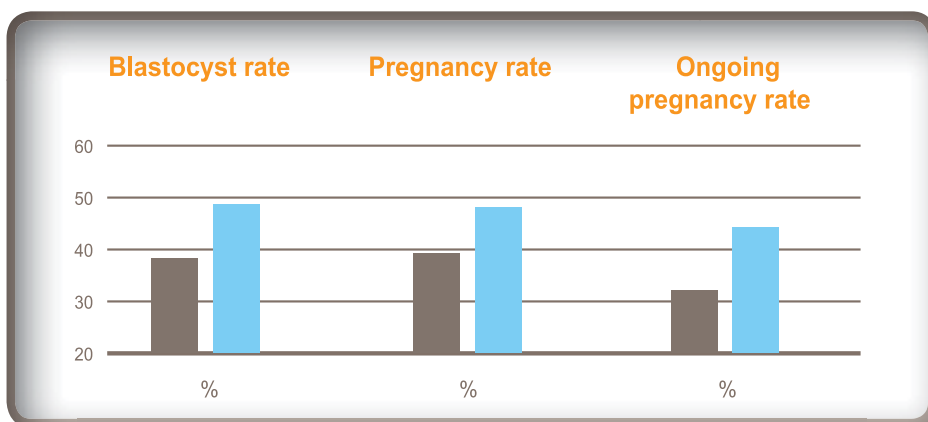
Atât Institutul Parhon cât și catedrele de endocrinologie din țară, la Iași, Cluj (prof. Ileana Duncea) și Timișoara, unde au existat centre foarte puternice de endocrinologie, de asemenea centrele mai noi de la Craiova (prof. Bistriceanu) și Constanța (prof. Eduard Circo), au avut adevărați creatori de școală de endocrinologie. Sunt bucuroși să aflu (indirect) că și Brașovul și-a creat o echipă de endocrinologi puternică.

Aceasta este de natură să ajute inclusiv calitatea procesului de învățământ pe specialitatea endocrinologie, pentru care studenții vor avea ocazia de a face practică din spital, la patul pacientului. Pentru că altfel, este mult mai greu să explici studentului ce înseamnă exoftalmia dacă nu vede pacienți cu exoftalmie.

Despre rețeaua de endocrinologi din țară, pot spune că aproape toate județele au endocrinologi, uneori chiar 2 medici endocrinologi.

# Fertilovit® F<sup>THY</sup>

Tratament preconcepțional pentru îmbunătățirea fertilității  
Recomandat pacienților cu tiroidită autoimună



■ Fertilovit F<sup>THY</sup>

■ without supplementation

Studiu ce a demonstrat eficiența:  
(Wogatzky et al, 2013, n = 106 pacienti)



# Fertilovit® F<sup>PCOS</sup>

Aliment destinat scopurilor medicale speciale ce țintește 7 efecte ale apariției SOPC:

Rezistența la insulină

Carență de vitamina D

Raport nefavorabil omega 6/omega 3 PUFA

Indice Masă Corporală mare

Hiperhomocisteinemia

Stresul oxidativ

Metabolizarea inefficientă a glucozei

Sprijin pentru pacienții cu SOPC se străduiesc să obțină sarcina

**Acid Folic** - aportul necesar pentru obținerea și menținerea sarcinilor

**Calitatea ovocitelor** - reducerea deteriorării ovocitelor



# RESILOVIT® Pill

COMPENSEAZĂ  
DEZECHILIBRUL NUTRIȚIONAL  
CAUZAT DE  
DEZECHILIBRUL HORMONAL

Formula Resilovit® pill este special concepută pentru a contrabalansa dezechilibrele nutriționale și simptomele asociate tratamentelor contraceptive hormonale sau a dezechilibrelor hormonale cauzate de menopauză.



TEHNOLOGIE  
ORTOMOLECULARĂ



Puteți solicita detalii printr-un email la adresa: [office@duxmd.ro](mailto:office@duxmd.ro)

# Corelații actuale între componentele sindromului metabolic și cancerul tiroidian

Sindromul metabolic (sindromul X, sindromul rezistenței la insulină) este o constelație de anomalii metabolice care predispun la un risc crescut de boală cardiovasculară și diabet zaharat. Criteriile ce definesc sindromul metabolic au evoluat de la definiția originală, stabilită de Organizația Mondială a Sănătății în 1998, fapt ce reflectă creșterea dovezilor clinice și a analizei făcute în cadrul conferințelor și de către organizațiile profesionale.



Conf. Univ.  
Dr. Mihaela Stanciu

UMF „Prof. dr. Victor Papilian”,  
Sibiu

**P**rinipalele caracteristici ale sindromului metabolic sunt obezitatea abdominală, hipertrigliceridemia, un nivel scăzut al HDL-colesterolului, hiperglicemia, hiperinsulinemia și hipertensiunea arterială.

Prevalența sindromului metabolic variază în lume, reflectând pe de o parte vârsta și etnicitatea populațiilor studiate și pe de altă parte, criteriile diagnostice aplicate.

În general, prevalența sindromului metabolic crește cu vârsta. Cea mai întâlnită prevalență din lume este întâlnită la populația de americani nativi, aproximativ 60% dintre femeile de 45-49 de ani și 45% dintre bărbații de 45-49 de ani întrunind criteriile de sindrom metabolic ale National Cholesterol Education Program (NCEP) și Adult Treatment Panel III (ATPIII).

În România, o analiză efectuată pe 1028 persoane adulte din populația generală, a identificat sindromul metabolic asociat obezității la 47% din femei și 51% din bărbați. O analiză epidemiologică realizată pe 2900 persoane adulte din Cluj-Napoca, a relevat prezența sindromului metabolic în 11,2% din cazuri. Conform datelor din „EPIDIAB”, în cazul persoanelor cu diabet zaharat tip 2 nou depistat, sindromul metabolic este prezent la 58,8% din cei care asociază și obezitate și la 32,8% din cei cu supraponderare.

**Fiziopatologia** - Sindromul metabolic este un sindrom clinic, din ce în ce mai răspândit, strâns legat de riscul de progresie a diabetului de tip 2, al bolilor cardiovasculare și a mai multor tipuri de cancer. La baza fiziopatologiei sindromului metabolic este o denaturare treptată și progresivă a homeostaziei metabolice normale care afectează toate organele și țesuturile active metabolic.

- Creșterea în greutate și debutul obezității, în special cea abdominală, este cauza principală în fiziopatologia sindromului metabolic. Obezitatea, fie din cauza aportului caloric crescut sau a consumului caloric redus, poate duce la o alterare a funcției țesutului adipos visceral normal. În sindromul metabolic, metabolismul țesutului adipos visceral este alterat, apare scăderea absorbției glucozei, creșterea absorbției lipidelor, creșterea stocării de grăsimi și cel mai important, creșterea nivelului de acizi grași liberi în circulație. Hipertrofiate, adipocitele intra-abdominale sunt rezistente la efectele antilipolitice ale insulinei. Aceasta conduce la un flux crescut de acizi grași liberi din țesutul adipos visceral, la ficat, ceea ce duce la creșterea țesutului adipos al ficatului, creșterea producției de glucoză hepatică și scăderea funcției hepatice în general. În concordanță cu aceste anomalii, obezitatea a fost asociată cu o creștere dramatică și rapidă în prevalența steatozei hepatice non-alcoolice, cu risc de progresie până la stadiul final al bolii hepatice și moarte.
  - Rezistența la insulină cauzată de un defect incomplet cunoscut al acțiunii insulinei. Debutul rezistenței la insulină este prevestit de hiperinsulinemia postprandială, urmată de hiperinsulinemia în perioada de post alimentar și într-un final, de hiperglicemie. Un factor major care contribuie la dezvoltarea rezistenței la insulină este surplusul de acizi grași circulanți.
  - Hipertensiunea arterială. Relația dintre rezistența la insulină și hipertensiune este foarte bine stabilită. S-a constatat că până la o treime dintre persoanele hipertensive au un fenotip clinic al sindromului metabolic.
- În mod paradoxal, insulina are în condiții fiziologice, rol vasodilatator și de asemenea contribuie la retenția de sodiu la nivel renal.
- Totuși, la subiecții cu rezistență la insulină, efectul vasodilatator se pierde în timp ce retenția de sodiu rămâne, ceea ce poate contribui la creșterea presiunii arteriale.

Un alt mecanism potențial de ridicare a tensiunii arteriale este efectul insulinei de a stimula sistemul nervos simpatic. Posibile mecanisme suplimentare includ stresul oxidativ, disfuncția endotelială și un sistem renină-angiotensină activat, toate cu efect hipertensiv și care s-au dovedit a fi mai frecvente la subiecții cu sindrom metabolic.

- Dislipidemia. În practica medicală, sindromul metabolic este asociat cu un fenotip „clasic” de dislipidemie cu creșterea trigliceridelor și scăderea lipoproteinelor cu densitate mare (HDL), dar și modificări ale lipoproteinelor cu densitate mică (LDL). În același timp se poate observa și o producție crescută de lipoproteine cu densitate foarte mică (VLDL). Fiziologic, insulina inhibă producția de VLDL, dar în cazul rezistenței la insulină, homeostazia este pierdută rezultând hipertrigliceridemia, devenind o componentă esențială în criteriile de diagnostic al sindromului metabolic.

## Factori de risc

### 1. Obezitatea/supraponderalitatea.

Deși prima descriere a sindromului metabolic s-a făcut la începutul secolului al XX-lea, epidemia globală de supraponderalitate/obezitate a fost pionul principal al recunoașterii precoce a sindromului. Adipozitatea centrală este o trăsătură esențială a sindromului. Totuși, paradoxal, pacienții normoponderali pot de asemenea prezenta acest sindrom.

### 2. Stilul de viață sedentar.

Inactivitatea fizică este un factor de risc pentru evenimentele cardiovasculare și se corelează cu rata mortalității. Multe dintre caracteristicile sindromului metabolic se asociază cu un stil de viață sedentar, inclusiv creșterea țesutului adipos, reducerea HDL, creșterea trigliceridelor, hipertensiune arterială, și hiperglicemie.

### 3. Îmbătrânirea.

Sindromul metabolic afectează cu preponderență persoanele cu vârstă peste 50 de ani. Procentul este mai mare la femeile de peste 50 de ani decât la bărbații de din aceeași categorie de vârstă.

#### 4. Diabetul zaharat.

DZ este inclus în definiția sindromului metabolic. Se estimează că majoritatea pacienților cu diabet zaharat tip 2 sau cu intoleranță la glucoză prezintă de asemenea sindrom metabolic.

#### 5. Boala coronariană.

Prevalența aproximativă a sindromului metabolic la pacienții cu boală coronariană este de 50%, în mod particular la femei.

#### Diagnostic

##### Semne și simptome

Sindromul metabolic nu este asociat în mod tipic cu o simptomatologie specifică. La examenul obiectiv, tensiunea arterială, greutatea și circumferința abdominală pot fi mărite. Prezența unuia sau a ambelor semne ar trebui să alerteze clinicianul să caute anomalii biochimice care ar putea sugera diagnosticul de sindrom metabolic.

##### Diagnostic pozitiv

Diagnosticul pozitiv al sindromului metabolic se bazează pe următoarele criterii, listate și în Figura 1, conform National Cholesterol Education Program (NCEP) și Adult Treatment Panel III (ATPIII), folosind atât mijloace de laborator cât și examenul obiectiv:

- Obezitate abdominală;
- Trigliceride  $\geq 150$  mg/dl;
- HDL  $<40$  mg/dl la bărbați și  $<50$  mg/dl la femei;
- Tensiunea arterială sistolică  $\geq 130$  mmHG sau diastolică  $\geq 85$  mmHG;
- Glicemia a jeun  $\geq 100$  mg/dl.

De asemenea vor fi luate în calcul și anamneza, antecedentele heredocolaterale și istoricul bolii.

##### Tratamentul și profilaxia

Managementul greutății și îmbunătățirea funcționării metabolice poate fi realizat printr-o varietate de abordări dietetice și activitate fizică. Includerea și aderarea la strategii de modificare a comportamentului pot spori și mai mult pierderea în greutate. Aceste trei aspecte ale schimbărilor de comportament pentru managementul greutății sunt complementare și sunt utilizate în combinație în abordările cele mai robuste la tratament.

##### • Stilul de viață

Primii pași care trebuie urmați în cazul prevenirii și tratării sindromului metabolic sunt de a asigura un stil de viață cu reducerea aportului de energie și / sau creșterea consumului de energie.

##### Acest lucru se poate realiza după cum urmează:

- Stimularea pierderii în greutate; o reducere

de aproximativ 10% va avea un efect semnificativ asupra metabolismului;

- Creșterea activității fizice, cu cel puțin o jumătate de oră pe zi;
- Reducerea cantității de grăsimi saturate și zahăr în dietă;
- Încetarea fumatului;
- Controlul consumului de alcool (reduce aportul de energie).

Intervențiile menționate s-au dovedit a reduce incidența sindromului metabolic cu aproximativ 40%, riscul de a dezvolta diabet zaharat de tip 2 și a bolilor cardiovasculare.

##### • Dietă

Corecția masei adipoase nu trebuie să survină rapid astfel că, este necesară o lungă perioadă de timp pentru a ajunge la o masă adiposă corespunzătoare. O restricție de aproximativ 500 kcal pe zi este echivalentă cu o reducere a țesutului adipos de 500 g pe săptămână. Trebuie încurajată adoptarea unei diete de calitate superioară, bazată pe fructe, legume, cereale integrale, carne slabă și pește pentru a obține beneficii maximale și a reduce efectele secundare.

##### • Tensiunea arterială

Aducerea tensiunii la o valoare  $\leq 130/85$  mmHG. La pacienții cu sindrom metabolic, fără diabet, antihipertensivele de primă elecție sunt inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei sau blocantele receptorilor de angiotensina II.

##### • Controlul glicemiei

Schimbarea stilului de viață prin restricții dietetice lipidice și o creștere a activității fizice s-au corelat cu o incidență scăzută a DZ tip 2. În același timp, Metforminul este cel mai frecvent utilizat antidiabetic în întreaga lume și s-a dovedit că reduce riscul de infarct miocardic și moarte timpurie la pacienții obezi cu diabet zaharat de tip 2 și, prin urmare și riscul de sindrom metabolic.

##### • Dislipidemia

Scăderea LDL-colesterolului, scăderea trigliceridelor și creșterea nivelului de HDL-colesterol prin diete și tratament medicamentos.

Statinele sunt de obicei tratamentul de elecție în scăderea nivelului LDL-colesterol dar de asemenea pot crește și nivelul HDL-colesterolului și reducerea trigliceridelor.

Fibrații, sunt medicamentele de elecție pentru scăderea trigliceridelor și totodată au și efect de creștere a nivelului HDL-colesterol.

Alte medicamente recomandate în dislipidemii sunt: rezinele, acidul nicotinic și doze mari de acizi grași omega3.

#### • Intervenție chirurgicală

Obezitatea viscerală este tratată în primul rând cu schimbarea stilului de viață, dar acest tip de tratament este de multe ori insuficient, iar intervenția chirurgicală este, prin urmare, o posibilitate. Chirurgia de bypass gastric este foarte eficientă în ceea ce privește reducerea componentelor sindromului metabolic, dar este în mod natural în continuare asociat cu o anumită mortalitate chirurgicală. Un studiu recent a demonstrat că aproximativ 95% dintre pacienți s-au vindecat de sindrom metabolic într-un an după intervenția chirurgicală. Cu toate acestea, diabetul a revenit la aproximativ două treimi din cazuri, după 10 ani. Chirurgia bariatrică trebuie să fie, prin urmare, considerată doar în cazurile extreme, pacienți cu IMC  $>35$  kg/m<sup>2</sup> și la cazurile la care tratamentul este insuficient.

Ultimele 4 decenii au cunoscut o dublare a incidenței cancerului tiroidian.

Acest lucru nu poate fi datorat doar factorilor de risc deja stabiliți, cum ar fi expunerea la radiații ionizante, istoricul familial de patologie tiroidiană sau boli tiroidiene în antecedente.

Date rezultate din studii de caz sugerează că indicele de masă corporală ar putea fi asociat în mod pozitiv cu incidența cancerului tiroidian.

Obezitatea este acum o parte recunoscută a sindromului metabolic, care include, de asemenea, tensiunea arterială, dislipidemie și intoleranță la glucoză.

Sindromul metabolic a fost asociat cu un risc crescut de mortalitate totală, și a fost sugerat recent ca fiind un factor de risc pentru cancerul colorectal și cancerul de prostată.

Un studiu de cohortă islandez a constatat asocieri pozitive între trigliceridele serice și cancerul tiroidian la bărbați, și între tensiunea arterială diastolică și cancerului tiroidian la femei.

Proiectul European "Sindromul Metabolic și Cancerul Tiroidian" (Me-Can), folosind ca factori de risc indicele de masă corporală, glicemia, tensiunea arterială, colesterol și trigliceridele relevă o asociere pozitivă între indicele de masă corporală și cancerul tiroidian.

Sindromul metabolic este considerat un cumul de factori de risc, care include asadar obezitatea centrală, dislipidemia aterogenă, HTA și nivel ridicat al glicemiei. Sindromul metabolic este o construcție clinică utilă în medicina profilactică, cu referire la bolile metabolice, cardio-vasculare, oncologice, hepatologice. Sunt necesare studii ample pe un număr mare de pacienți cu sindrom metabolic pentru decelarea riscului acestora de a face cancer tiroidian.

# Proxeed<sup>®</sup> WOMEN

Contribuie la menținerea fertilității  
și reproducerii  
normale



## Fertilitate feminină



1 plic/zi

● Suport energetic ● Antioxidant ● Vasodilatator ●

Proxeed<sup>®</sup> Women este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail: [contact@addenda.ro](mailto:contact@addenda.ro).

**Alfasigma România S.R.L.**

str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București  
tel.: 031.805.35.26, 031.805.35.27; fax: 031.805.35.28.  
e-mail: [info.ro@alfasigma.com](mailto:info.ro@alfasigma.com)

ALFASIGMA 



# Proxeed<sup>®</sup> PLUS

Contribuie la menținerea  
fertilității și reproducerii normale

Fertilitate masculină



2 plicuri/zi

● Suport energetic ● Antioxidant ● Vasodilatator ●

Proxeed<sup>®</sup> Plus este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail: [contact@addenda.ro](mailto:contact@addenda.ro).

**Alfasigma România S.R.L.**

str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București  
tel: 031.805.35.26, 031.805.35.27; fax: 031.805.35.28.  
e-mail: [info.ro@alfasigma.com](mailto:info.ro@alfasigma.com)

ALFASIGMA 

# Obezitatea și bolile endocrine

Dr. Diana Păun a absolvit programe de supraspecializare în Ecografie endocrină, Diabetologie și Patologie osoasă hormono-metabolică. A absolvit, de asemenea, numeroase mastere, programe de perfecționare și cursuri în domeniul managementului sanitar și domenii conexe, peste 50 de cursuri de perfecționare naționale și internaționale. Este membră a Societății Române de Endocrinologie, membru fondator al Societății Române de Osteoporoză, membru al Societății Române de Ginecologie Endocrinologică, membru al Societății de senologie, membru fondator și trezorer (2005-2006) al Asociației de Endocrinologie Clinică din România. În străinătate este membru al Societății Germane de Endocrinologie, membru al Societății Europene de Endocrinologie (ESE), Presedintele al Chapterului din Romania al AACE (American Association of Clinical Endocrinologists), 2011-2012 și în prezent. Dr. Diana Păun este membră în Comisiile de examene de admitere la Facultatea de Medicină, Comisia pentru examen de medic specialist și primar, Comisia de concurs pentru asistenți universitari, Comisia de concurs pentru ocupare de posturi de medici specialiști și pentru admitere în doctorat precum și pentru examene de competențe și atestate. A făcut parte din Echipa de cercetare a mai multor proiecte internaționale și a deținut funcția de director/responsabil în mari proiecte naționale. Este formator și expert invitat în cadrul unor proiecte educaționale și de formare continuă. A participat la studii clinice internaționale.



**O**bezitatea este o boală caracterizată prin acumulare excesivă de grăsime în corp, într-o proporție care este periculoasă pentru sănătate. În prezent, obezitatea este definită ca fiind o “boala neurochimică cronică și recurentă”, cu consecințe severe asupra stării de sănătate fizică și psiho-socială a persoanei în cauză, care necesită o abordare complexă și individualizată de la caz la caz.

Obezitatea este caracterizată prin: dezechilibrul dintre input-ul și output-ul energetic, o patogeneză ce recunoaște perturbarea sistemelor feedback ale ingestiei alimentare, cuprinzând componente ale sistemului neuroendocrin, modificări fiziopatologice induse de producții secretați de adipocite: citokine, peptide inflamatorii, angiotensinogeni și substanțe procoagulante și posibilitatea corectării prin tehnici speciale a dezechilibrului energetic, astfel încât ingestia de energie să fie mai mică decât consumul energetic.

Etiologia obezității este multifactorială și nu pe deplin cunoscută. Pe lângă factori genetici, în etiopatogenia bolii intervin: aportul alimentar excesiv, stimularea cronică a axei hipotalamo-hipofizo-adrenale prin variații factori (stress, anxietate, depresie), sedentarismul, consumul de alcool, abandonarea fumatului, sarcina, lactația, pubertatea, menopauza, anumite medicamente: anticoncepționale, antidepressiv triciclic, glucocorticoizi, fenotiazine și boli endocrine: hipotalamice, hipotiroidism, hipercorticism, hipogonadism, ovar polichistic, sindroame genetice.

Patogenic, obezitatea este consecința unui cumul de energie depozitat sub formă de lipide, cumul rezultat din dezechilibrul dintre aportul și consumul de energie.

Se vorbește deseori despre obezitatea endocrină dar de fapt, o adevărată obezitate endocrină nu există. În obezitate este obligatorie participarea endocrină și, la rândul ei obezitatea antrenează dereglări endocrine.

Obezitatea centrală (androidă) are o valoare predictivă mult mai mare pentru riscurile viitoare de sănătate decât obezitatea ginoidă (obezitatea inferioară a corpului). Anomaliile endocrine promovează în general o distribuție centrală a grăsimilor. Chiar și la pacienții cu greutate normală, adipozitatea centrală este adesea asociată cu dezechilibre hormonale iar relația dintre dezechilibrele hormonale și obezitate este cea mai puternică atunci când distribuția adipoasă este centrală.

Defectul primar pare a fi hipersensibilizarea axei hipotalamo-hipofizo-adrenale (HHA). Pacienții cu obezitate centrală au secreție crescută de cortizol, care este însoțită de scăderea secreției de GH și hormoni sexuali (progesteron la femei și testosteron la bărbați); aceste anomalii hormonale afectează distribuția țesutului adipos și induc dezvoltarea insulino-rezistenței.

Stimularea cronică a axei HHA (prin stress cronic, alcool, fumat, depresie sau anxietate) poate fi primul pas în dezvoltarea obezității centrale.

Stimularea axei HHA crește CRH, ceea ce poate duce la modificarea patternului de secreție de androgeni. La femeile cu obezitate centrală se re-

marcă niveluri ridicate de androgeni și niveluri scăzute de progesteron, care generează dereglări de ciclu menstrual și infertilitate. La bărbații cu obezitate centrală apar niveluri scăzute de testosteron care duc la disfuncție erectilă și rezistență la insulină.

Atât rezistența la insulină, cât și nivelurile ridicate de acizi grași liberi joacă un rol în acumularea centrală de grăsime. Se știe că hormonul cortizol provoacă rezistență la insulină: în mușchi prin afectarea transportului glucozei și sintezei glicogenului și în ficat prin afectarea gluconeogenezei.

Țesutul adipos central este mai sensibil la stimulii lipolitici decât țesutul adipos subcutanat, astfel că nivelurile de acizi grași liberi cresc mai mult în obezitatea centrală. Acizii grași liberi favorizează rezistența la insulină concurând cu glucoza ca substrat pentru glicoliză dar și prin efecte directe asupra receptorilor de insulină.

Obezitatea din diferite boli endocrine apare în cadrul tabloului clinic și de obicei se remite prin terapia corectă a bolii de bază.

În hipotiroidie, obezitatea este consecința aportului alimentar scăzut, prin diminuarea apetitului și foamei, încetării metabolismului, retenției hidrice și impregnării muco-polizaharidice.

În sindromul Cushing apare o redistribuire facio-tronculară a grăsimii, în timp ce membrele rămân subțiri. Cauzele sunt: efectul hiperglicemic al excesului de cortizol care determină, prin eliberarea insulinei, distribuția țesutului adipos prin lipogeneză în zonele bogate în receptori insuliniici, dar și efectul catabolic proteic al excesului de cortizol, care provoacă hipotrofie musculară și furnizează aminoacizi pentru procesul de gluconeogeneză hepatică.

Obezitatea din hipogonadism are câteva caracteristici: creșterea în greutate începe după pubertate, este lent progresivă, dar putând atinge valori importante. La ambele sexe, obezitatea e de tip ginoid: moale, pufoasă, cu răsfângere în valuri flasce pe abdomen, pube, șolduri, tegumente palid-ceroase, cu pilozitate generală și sexuală diminuată sau absentă.

Obezitatea din sindromul ovarului polichistic (SOP) este o obezitate de

tip android, fermă, elastică, fără cute, definită ca obezitate dureroasă. Clinicienii nu utilizează nici la ora actuală criterii uniforme de diagnostic al sindromului ovarului polichistic, ceea ce determină apariția unei heterogenități de fenotipuri. Diagnosticul de SOP are însă numeroase implicații pe termen lung, cu risc crescut de infertilitate, sindrom metabolic, diabet zaharat tip 2, și de boli cardiovasculare.

Putem spune deci, că obezitatea este o boală larg răspândită cu o prevalență în creștere și, prin urmare, a devenit rapid o problemă majoră de sănătate publică în societatea modernă. Ea este asociată cu o serie de anomalii endocrine care pot crește riscurile pentru sănătate și pot promova dezvoltarea obezității centrale.

Dovezile sugerează că anomaliile endocrine se asociază pentru a promova o distribuție centrală a grăsimii, crescând riscul de a dezvolta diabet, dislipidemie, boli cardiovasculare și boli cronice.

Obezitatea poate apărea în cadrul tabloului clinic a numeroase boli endocrine (hipotiroidie, hipercorticism, hipogonadism, sindrom al ovarului polichistic), asociindu-se de obicei cu o serie de complicații metabolice. Tratamentul specific al patologiei endocrine duce însă la normalizarea greutateii corporale.

#### Bibliografie:

1. Dumitrache C. – Endocrinologie, ediție revizuită și completată. Editura Național, 2017
2. Dumitrache C.- Endocrinologie de la A la Z – dicționar enciclopedic. Editura Național, 2008
3. Kahn BB. Obesity and insulin resistance. J Clin. Invest. 2000, 106, nr.4: 473
4. Nieman LK, Biller BM, Findling JW et al. The Diagnosis of Cushing's syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2008; 93(5): 1526-40.
5. Poiană C. – Sindromul Cushing în Adrenală, sub redacția C. Poiană, Editura Ars Docendi, 2013
6. Poiană C, Fica S. - Endocrinologie pentru studenți și rezidenți. Editura Universitară Carol Davila București, 2015

# Ellamuselle<sup>®</sup>

Contribuie la menținerea apetitului  
sexual normal

Pentru femei



1 plic/zi

● Suport energetic ● Antioxidant ● Vasodilatator ●

Ellamuselle<sup>®</sup> este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail: [contact@addenda.ro](mailto:contact@addenda.ro).

**Alfasigma România S.R.L.**

str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București  
tel.: 031.805.35.26, 031.805.35.27; fax: 031.805.35.28.  
e-mail: [info.ro@alfasigma.com](mailto:info.ro@alfasigma.com)

ALFASIGMA 

# Proxerex<sup>®</sup>

*Contribuie la menținerea activității  
și energiei sexuale naturale*

*Pentru bărbați*



1 plic/zi

● *Suport energetic* ● *Antioxidant* ● *Vasodilatator* ●

Proxerex<sup>®</sup> este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail: [contact@addenda.ro](mailto:contact@addenda.ro).

**Alfasigma România S.R.L.**  
str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București  
tel.: 031.805.35.26, 031.805.35.27; fax: 031.805.35.28.  
e-mail: [info.ro@alfasigma.com](mailto:info.ro@alfasigma.com)

ALFASIGMA 

# Efectele endocrine ale intoxicației cu substanțe organofosforice

## Pesticide vechi și noi - de la realități la dileme

Utilizarea insecticidelor la nivel mondial prezintă o direcție ascendentă în ciuda tuturor reglementărilor instituite atât de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), cât și de autoritățile naționale. Deși autoritățile europene și naționale susțin o scădere a cantității totale de pesticide utilizate, acestea nu oferă decât o imagine sintetică asupra situației de fapt.

**Dr. Cristian Cobilinschi**

- medic specialist ATI, doctorand

**Dr. Radu Tincu,**

medic primar ATI,

Sef Lucrari UMF Carol Davila

**C**u toate că insecticidele organofosforicele au înlocuit insecticidele organoclorurate, fiind asociate la momentul respectiv cu un grad de toxicitate mai redus, în timp s-a dovedit că aceste substanțe prezintă de asemenea o varietate de efecte nocive atât pentru om, cât și pentru mediu.

În afara de expunerea involuntară, o cauză foarte frecventă de intoxicație cu insecticide organofosforice o reprezintă ingestia voluntară cu scop de suicid.

Studierea efectelor toxice ale compușilor organofosforici a apărut inițial, ca urmare a alterării stării de sănătate a personalului implicat în domeniul agricol. Dincolo de manifestările apărute în context de expunere acută, cercetările au relevat o incidență crescută a disfuncțiilor neurologice, renale și chiar imunologice în rândul fermierilor.

Dincolo de toxidromul acut colinergic și nicotinic, tabloul clinic asociat intoxicației acute cu organofosforice cuprinde de asemenea o paletă diversă de tulburări neurologice. Deși mai puțin studiate, celelalte afectări de organ, secundare intoxicației contribuie semnificativ la morbiditatea și mortalitatea asociată acesteia. Toxicitatea cardio-respiratorie, spre exemplu, s-a dovedit extrem de severă, atât din cauza tulburărilor de ritm maligne care pot surveni, cât și prin apariția sindromului de detresă pulmonară de cauză toxică.

Intoxicația acută cu organofosforice poate evolua de asemena subclinc, astfel încât absența manifestărilor acute specifice toxidromului colinergic poate duce la o evoluție insidioasă. Repercursiunile acestora sunt cu atât mai severe cu cât starea clini-

că relativ favorabilă nu determină pacientul să solicite ajutor medical.

Efectele endocrine ale intoxicației cu substanțe organofosforice

Interesul cu privire la afectarea endocrină asociată intoxicației acute cu organofosforice a crescut recent în rândul cercetătorilor, odată cu identificarea unei frecvențe crescute a tulburărilor de fertilitate în rândul celor implicați în utilizarea și manipularea insecticidelor. Datele existente deja indică o afectare endocrină mult mai complexă care rezidă în toate axele hormonale. Având în vedere rolul central al funcției endocrine în interfața dintre sistemul nervos central și metabolism, se consideră că tulburările hormonale asociate intoxicației cu insecticide organofosforice sunt responsabile de o afectare sistemică extrem de severă.

În cazul intoxicației acute cu organofosforice, la fel ca și în cazul traumei sau sepsisului, alterarea axei hipotalamo-hipofizo-tiroidiene este caracterizată de apariția unei hipofuncții tiroidiene fără modificări biochimice clare.

Studiile de cohortă efectuate pe populația activă în domeniul agricol au demonstrat un risc crescut de diabet zaharat în rândul agricultorilor care utilizau astfel de compuși. Femeile gravide implicate în activități agricole unde fuseseră aplicate aceste tipuri de insecticide sau care au lucrat la manipularea produselor, au prezentat un risc mai mare de apariție a diabetului gestațional. Având în vedere sensibilitatea dovedită a populației pediatrie la pesticide, cercetările dedicate disfuncției metabolice au relevat o creștere a tulburărilor endocrine și a riscului de obezitate.

Efectele inhibării acetilcolinesterazei la nivel axului hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenalian au fost dovedite atât în studii experimentale, cât și pe pacienți și sunt reprezentate de creșterea nivelului de ACTH, precum și de creșterea eliberării de glucocorticoizi.

În ceea ce privește afectarea tiroidiană secundară intoxicației cu organofosforice

s-a dovedit că aceste substanțe pot determina un dezechilibru hormonal în condițiile unei funcții glandulare anterior normale atât la nivel central, prin inhibarea eliberării de TSH secundare creșterii nivelului de somatostatina, cât și la nivel periferic, prin interferența în procesul de deiodinare a T4. Intoxicația cu organofosforice se caracterizează printr-o disfuncție tiroidiană specifică patologiilor critice, precum politrauma sau sepsisul, cunoscută sub denumirea de „sick euthyroid syndrom”. La nivel hipofizar acumularea de acetilcolină secundară inhibării acetilcolinesterazei determină stimularea eliberării de dopamină de la nivelul neuronilor tuberoinfundibulari, având ca rezultat final inhibarea eliberării de prolactină.

Intoxicația acută cu substanțe organofosforice apare fie în contextul unor accidente de muncă sau în cadrul tentativelor de suicid determinând efecte atât de grave încât pacienții necesită măsuri de terapie intensivă. Atunci când discutăm de intoxicațiile acute cu manifestările lor clasice, situația este relativ clară, însă dacă discutăm de expunere cronică la substanțe organofosforice și de efectele acestora mai puțin cunoscute sau studiate, situația devine cu adevărat neclară. În contextul unei reale afectări endocrine determinată de aceste substanțe se conturează ipoteza unor efecte fruste și probabil neidentificate în sfera hormonală atunci când luăm în calcul expunerii cronice sau chiar ambientale. Utilizarea pesticidelor organofosforice la scară mondială și incidența progresiv crescândă a unor patologii endocrin-metabolice, printre care obezitatea trebuie să reprezinte un punct de reflecție pentru lumea medicală. Modificările metabolice induse de pesticidele organofosforice printre care creșterea nivelului plasmatic de insulină, secundară rezistenței la insulină pe care aceste substanțe o determină, pot să creioneze noi direcții în evaluarea fiziopatologiei diabetului zaharat.

# Rolul seleniului în funcția tiroidiană

Seleniul este unul dintre oligoelementele esențiale pentru sănătatea umană, o clasă de nutrienți de origine minerală, a căror prezență în organism, în cantități mici, este vitală. Mineralele încadrate în această categorie sunt cele prezente în mod natural în corpul uman, în cantități mai mici de 1 mg/kg de masă corporală. Rolul lor se extinde de la funcții metabolice și hormonale, la funcții celulare. Seleniul, la fel ca iodul, fierul, cuprul, zincul, cromul, borul și molibdenul, prezintă un risc de carență demonstrat.



Dr. Delia Nițescu

Medic specialist endocrinolog

**A**cest mineral se găsește, de regulă, în apă și în anumite alimente (cereale, legume, fructe, carne de vită, pui, organe, nuci, etc). Aportul alimentar de Seleniu variază considerabil de la o populație la alta, zonele nordice ale continentului european fiind caracterizate de cantități reduse de Seleniu în sol. De asemenea, agricultura organică nu beneficiază de cantități suficiente de Seleniu.

Beneficiile unui aport suficient de Seleniu sunt multiple. Acesta este considerat un antioxidant natural ce contribuie la reducerea stresului oxidativ, echilibrând cantitatea de radicali liberi induși de obiceiuri ce țin de stilul de viață (fumat, abuz de alcool, sedentarism, stres). Reduce astfel riscul afecțiunilor cardiovasculare, previne declinul mental și susține sistemul imunitar.

Principalul efect al Seleniului este cel de susținere al unei funcții tiroidiene adecvate. Tiroida este organul care conține cel mai mult Seleniu. În organismul uman este asimilat ca selenoproteine, introdus ca reziduuri de selenocisteină în marea majoritate dintre cele 50–70 variante de selenoproteine, codificate de 25 de gene umane. La nivel tiroidian, cele mai importante selenoproteine sunt deiodinazele 1 și 2, tioredoxin reductaza și glutatation peroxidaza tip 3, toate protejând celulele tiroidiene de excesul oxidativ generat de sinteza hormonilor tiroidieni.

Studiile efectuate în Danemarca, Marea Britanie sau Suedia pe diferite

categorii populaționale subliniază importanța unui aport adecvat de Seleniu în prevenția apariției gușei sau a cancerului tiroidian.

În contextul tiroiditei cronice autoimune (Hashimoto), suplimentarea cu seleniu determină creșterea activității intratiroidiene a glutatation-peroxidazei și tioredoxin reductazei și scăderea titrului de anticorpi anti-TPO și antitireoglobulina, ceea ce duce la scăderea infiltratului limfocitar tiroidian. Suplimentarea cu Seleniu în timpul sarcinii poate reduce apariția tiroiditei postpartum și poate amâna instalarea hipotiroidiei permanente.

Pentru că Seleniul provine, în primul rând, dintr-o alimentație echilibrată, persoanele care nu au varietate alimentară (vegetarieni, alergicii) pot avea de suferit. Femeile însărcinate și cele care alăptează sunt și ele expuse riscului de deficiență, dacă nu cresc aportul zilnic în concordanță cu recomandările menționate anterior. Bolnavii cronici, dar și cei care suferă de afecțiuni cardiovasculare sau degenerative, precum și bătrânii, sunt mai expuși riscului de a dezvolta o carență de seleniu.

La ora actuală, întrucât biodisponibilitatea Seleniului din alimente este extrem de variabilă și nu asigură un aport minim necesar, se apelează la suplimentele nutriționale cu Seleniu, de preferat din sursă organică precum selenomethionina din drojdia de bere. Dozele recomandate sunt variabile în funcție de zona geografică, România fiind și ea considerată o țară cu deficit de Seleniu la nivelul solului, doza recomandată variind între 20–200 ug/zi în funcție de vârstă și patologie asociată.

Deși medicii și nutriționiștii recomandă ca principala sursă de seleniu să fie alimentația variată, echilibrată și bogată în nutrienți, există situații când suplimentarea este necesară. În acest caz, este

foarte important să ne asigurăm, ca în cazul oricărui alt supliment alimentar, că sursa (producătorul) este una sigură, cu o reputație bună și că puritatea și calitatea ingredientelor sunt garantate.

Cele mai bune rezultate în studiile clinice îl are drojdia organică cu Seleniu SELENO PRECISE, dezvoltată de cercetătorii danezi de la Pharma Nord. Aceasta este singura firmă ce deține aprobarea de a produce acest tip de drojdie de uz medical uman, care conține peste 20 de compuși cu Seleniu, principalele fiind selenomethionina și selenocisteina. SelenoPrecise conține mai mulți compuși cu seleniu deoarece fiecare dintre ei are funcții diferite în organismul uman. Prin furnizarea unei varietăți de compuși cu seleniu se încearcă să se imite diversitatea naturală de forme de seleniu care se găsește în alimentele bogate în acest nutrient. Oamenii de știință consideră că această strategie aduce cele mai multe beneficii pentru sănătate. Aceste caracteristici sunt cele care fac din SelenoPrecise o sursă extrem de bine documentată de Seleniu, precum și motivul pentru care acest produs este folosit de oamenii de știință în studii științifice pe întreg mapamondul.

1. Clausen J; Nielsen SA: A comparison of ten selenium supplementation products (in: „Selenium in Medicine and Biology”): Proceedings, 2nd int.congr.on trace elements in med.&biol.: marc:305-314 (1988)
2. Kristian Hillert Winther, Steen Joop Bonnema, Frederik Cold, Birgit Debrabant, Mads Nybo, Søren Cold and Laszlo Hegedüs, 2015, Does selenium supplementation affect thyroid function? Results from a randomized, controlled, double-blinded trial in a Danish population.
3. Margaret P Rayman, Alexander J Thompson, Bram Bekaert, Janet Catterick, Rachel Galassini, Emma Hall, Margaret Warren-Perry, and Geoffrey J Beckett, 2008, Randomized controlled trial of the effect of selenium supplementation on thyroid function in the elderly in the United Kingdom

## MAGLUMI® X3

ANALIZOR AUTOMAT CHEMILUMINESCENTA MAGLUMI X3



**CAPACITATE: 200 TESTE/H**  
**REACTIVI LA BORD: 20**  
**PROBE LA BORD: 72**  
**ÎNCĂRCARE CONTINUĂ, STAT**  
**CITIRE REACTIVI RFID**

## MAGLUMI X8

ANALIZOR AUTOMAT CHEMILUMINESCENTA MAGLUMI X8



**CAPACITATE: 600 TESTE/H**  
**REACTIVI LA BORD: 42**  
**PROBE LA BORD: 300**  
**ÎNCĂRCARE CONTINUĂ, STAT**  
**CITIRE REACTIVI RFID**

### SC AVENA MEDICA SRL

Niță Elinescu nr 56-58, Sector 3, București, cod 031871

Mobil: 0726.750.780; 0720.070.165; 0720.070.168; 0726.750.775, 0726.750.778, 0720.070.167

Tel./ Fax: 031.405.42.09; 031.405.42.10;

E-mail: [avenacomenzi@yahoo.com](mailto:avenacomenzi@yahoo.com); Site: [www.avena-medica.com](http://www.avena-medica.com), [www.avena.ro](http://www.avena.ro)



# 166 TESTE DISPONIBILE ÎN MENIUL X3/X8



## Thyroid

TSH (3rd Generation)  
T4  
T3  
FT4  
FT3  
Tg (Thyroglobulin)  
TGA (Anti-Tg)  
Anti-TPO  
TRAb  
TMA  
Rev T3  
\*T-Uptake

## Hepatic Fibrosis

HA  
PIIIP N-P  
C IV  
Laminin  
Cholyglycine

## TORCH

Toxo IgG  
Toxo IgM  
Rubella IgG  
Rubella IgM  
CMV IgG  
CMV IgM  
HSV-1/2 IgG  
HSV-1/2 IgM  
HSV-2 IgG  
\*HSV-2 IgM  
\*HSV-1 IgG  
\*HSV-1 IgM

## EBV

EBV EA IgG  
EBV EA IgA  
EBV VCA IgG  
EBV VCA IgM  
EBV VCA IgA  
EBV NA IgG  
EBV NA IgA

## Inflammation Monitoring

hs-CRP  
PCT (Procalcitonin)  
IL-6 (Interleukin 6)  
SAA(Serum Amyloid A)

## Fertility

FSH  
LH  
HCG/ $\beta$ -HCG  
PRL (Prolactin)  
Estradiol  
Testosterone  
free Testosterone  
DHEA-S  
Progesterone  
free Estriol  
17-OH Progesterone  
AMH  
SHBG  
Androstenedione  
\*PIGF  
\*sFlt-1

## Hypertension

Direct Renin  
Aldosterone  
Angiotensin I  
Angiotensin II  
Cortisol  
ACTH

## Autoimmune

Anti-CCP  
Anti-dsDNA IgG  
ANA Screen  
ENA Screen  
Anti-Sm IgG  
Anti-Rib-P IgG  
Anti-Scl-70 IgG  
Anti-Centromeres IgG  
Anti-Jo-1 IgG  
Anti-M2-3E IgG  
Anti-Histones IgG  
Anti-nRNP/Sm IgG  
Anti-SS-B IgG  
Anti-SS-A IgG  
TGA(Anti-Tg)  
Anti-TPO  
TRAb  
TMA  
ICA  
IAA(Anti Insulin)  
GAD 65  
Anti-IA2  
\*Anti-Cardiolipin IgG  
\*Anti-Cardiolipin IgM  
\*Anti-MPO

## Immunoglobulin

IgM  
IgA  
IgE  
IgG

## Tumor Markers

AFP  
CEA  
Total PSA  
f-PSA  
CA 125  
CA 15-3  
CA 19-9  
PAP  
CA 50  
CYFRA 21-1  
CA 242  
CA 72-4  
NSE  
S-100  
SCCA  
TPA-snibe  
ProGRP  
HE4  
HER-2  
PIVKA-II

## Infectious Disease

HBsAg  
Anti-HBs  
HBeAg  
Anti-HBe  
Anti-HBc  
Anti-HCV  
Syphilis  
Anti-HAV  
HAV IgM  
HIV Ab/Ag Combi  
Chagas  
HTLV I+II  
H.pylori IgG  
H.pylori IgA  
H.pylori IgM  
2019-nCoV IgG  
2019-nCoV IgM  
SARS-CoV-2 S-RBD IgG  
SARS-CoV-2 Neutralizing Antibody  
SARS-CoV-2 Ag  
\*Anti-HBc IgM

## Drug Monitoring

Digoxin  
CSA (Cyclosporine A)  
FK 506 (Tacrolimus)

## Kidney Function

$\beta_2$ -MG  
Albumin  
\*NGAL

## Cardiac

CK-MB  
Troponin I  
Myoglobin  
hs-cTnI  
H-FABP  
NT-proBNP  
BNP  
D-Dimer  
Lp-PLA2  
\*MPO

## Metabolism

Pepsinogen I  
Pepsinogen II  
Gastrin-17  
GH (hGH)  
IGF-I  
IGFBP-3

## Prenatal Screening

AFP(Prenatal Screening)  
Free  $\beta$ -HCG  
PAPP-A  
free Estriol

## Anemia

Vitamin B12  
Ferritin  
Folate (FA)  
\*RBC Folate  
\*EPO

## Glyco Metabolism

C-Peptide  
Insulin  
GAD 65  
Anti-IA2  
ICA  
IAA (Anti Insulin)  
Proinsulin

## Bone Metabolism

Calcitonin  
Osteocalcin  
25-OH Vitamin D  
Intact PTH  
\* $\beta$ -CrossLaps ( $\beta$ -CTX)  
\*total P1NP

\* Available soon

## SC AVENA MEDICA SRL

Niță Elinescu nr 56-58, Sector 3, București, cod 031871

Mobil: 0726.750.780; 0720.070.165; 0720.070.168; 0726.750.775, 0726.750.778, 0720.070.167

Tel./ Fax: 031.405.42.09; 031.405.42.10;

E-mail: [avenacomenzi@yahoo.com](mailto:avenacomenzi@yahoo.com); Site: [www.avena-medica.com](http://www.avena-medica.com), [www.avena.ro](http://www.avena.ro)

# Insuficiența CSR acută

Prof. Univ. Dr. Constantin Dumitrache este un nume de referință în endocrinologie, actualmente președinte al Asociației de Endocrinologie Clinică din România (AECR). Este medic primar endocrinologie, doctor în științe medicale, profesor universitar, fost șef al Secției de patologii suprarenală, gonadică și osoasă din cadrul Institutului Național de Endocrinologie C.I. Parhon, manager al institutului timp de 18 ani, membru titular al Academiei de Științe medicale, membru de onoare al Academiei Oamenilor de Știință din România, peste 50 de ani de activitate în slujba pacienților și a cercetării medicale.



Insuficiența CSR acută reprezintă consecința deficitului masiv, brutal instalat, al bagajului hormonal renal – gluco și/sau mineralocorticoid (în special).

Factori declanșatori – determinanți

Accidentul devine evident în:

- erorile enzimatice congenitale însoțite de sindromul de pierdere de sare;
- pe parcursul unor maladii infecțioase – sindromul Waterhouse – Fridrichsen;
- după suprarenalectomie unilaterală pentru tumora adrenală cu atrofia glandei contralaterale sau suprarenalectomia bilaterală în formele hiperplazice
- acutizări în cadrul panhipopituitarismului
- iatrogen – prin întreruperea bruscă a corticoterapiei în doze mari sau folosirea necontrolată și prelungită a blocanților biosintezei adrenal – Aminoglutetimidă sau op AAA (Mitonane)
- hemoragii corticosuprarenale în tratamentele prelungite cu anticoagulante
- acutizări ale insuficienței corticosuprarenale cronice primare sau criza Addisoniană – forma cea mai frecventă

## Tablou clinic

Episodul acut este precedat de accentuarea bruscă și intensă a semnelor preexistente: astenie, adinamie, melanodermie, hipotensiune arterială.

### Semnele crizei acute sunt:

- tegumente – melanodermie excesivă, tegumente livide, reci, deshidratate
- extremități reci, transpirate, cianotice
- musculare – crampe, dureri în special lombare care pot duce la erori de diagnosticare
- pulmonare – dispnee, respirație tip Kussmaul
- digestive – greață, vărsături, diaree, dureri abdominale epi sau hipogastrice cu caracter acut (mimează abdomenul acut sau criza solară tabetică), scădere ponderală severă, masivă
- nervoase – cefalee cu fotofobie, convulsii, mioclonii, tulburări de termoreglare cu hipotermie
- psihice – anxietate, agitație și uneori agresivitate, stări confuzionate, delirare, torpoare, stare de prostrație
- cardiace – condiționează prognosticul (sunt severe) – hipotensiune arterială până la colaps, puls rapid, filiform, depresibil, moarte prin insuficiență circulatorie acută. Semnalăm absența setei și oliguria.

## Factori declanșatori ai crizei Addisoniene

- suprasolicitare fizică și psihointelectuală
- boli intercurrente
- tulburări digestive supraadăugate
- traumatisme accidentale sau chirurgicale
- tratamente intempensive – laxative, diuretice etc
- întreruperea terapiei substitutive.

Criza apare în decursul insuficienței cronice, mai rar ca debut.

## De reținut

Sindromul acut de insuficiență adrenală este dominat de carență bruscă de hormoni corticosuprarenali, în special

cortisolului, cu glucofenie, în particular gluconeopenie, urmate de pierderea masivă de apă și sare din sectorul extracelular, ceea ce duce la hipovolemie importantă și la vasoconstricție reacțională generalizată.

Nu se așteaptă rezultate hormonale pentru a se începe terapia

## Tratament.

### Obiective:

- corectarea deshidratării și a colapsului
- reechilibrarea electrolică
- combaterea hipoglicemiei
- suplerea steroidă – glucocorticoidă, în special combaterea factorilor cauzali
- folosirea mijloacelor necesare pentru a încălzi bolnavul
- terapia factorilor determinanți ai accidentului acut: antibiotice în infecții, plasmă sau sânge în hemoragii

## Tratamentul crizei acute

- perfuzie lentă i.v. glucoză 5-10% și normosalină în primele 2 ore 25-30% din cantitatea totală, restul de până la 2,5-3 litri în decurs de 2 zile, 120 ml/kg corp la nou născut, 50 ml/kg corp la adult

- dublarea electrolică și combaterea hipoglicemiei dar mai ales de suplerea corticosteroidă se realizează prin administrarea hidrocortizon hemisuccinat sau hidrocortizon sodiu fosfat 300-400 mg (la nevoie se poate dubla).

Prima priză i.v. 100 mg și la 6-8 ore câte 100 mg în perfuzie lentă, se reduce cu o treime din doza precedentă (la această doză nu sunt necesari mineralocorticoizi).

# AI GRIJĂ DE CORPUL TĂU

– cu doar o tabletă pe zi

Pentru  
buna funcționare  
a glandei tiroide



UNGHII <sup>1,4</sup>



PĂR <sup>1,4</sup>



PIELE <sup>1</sup>



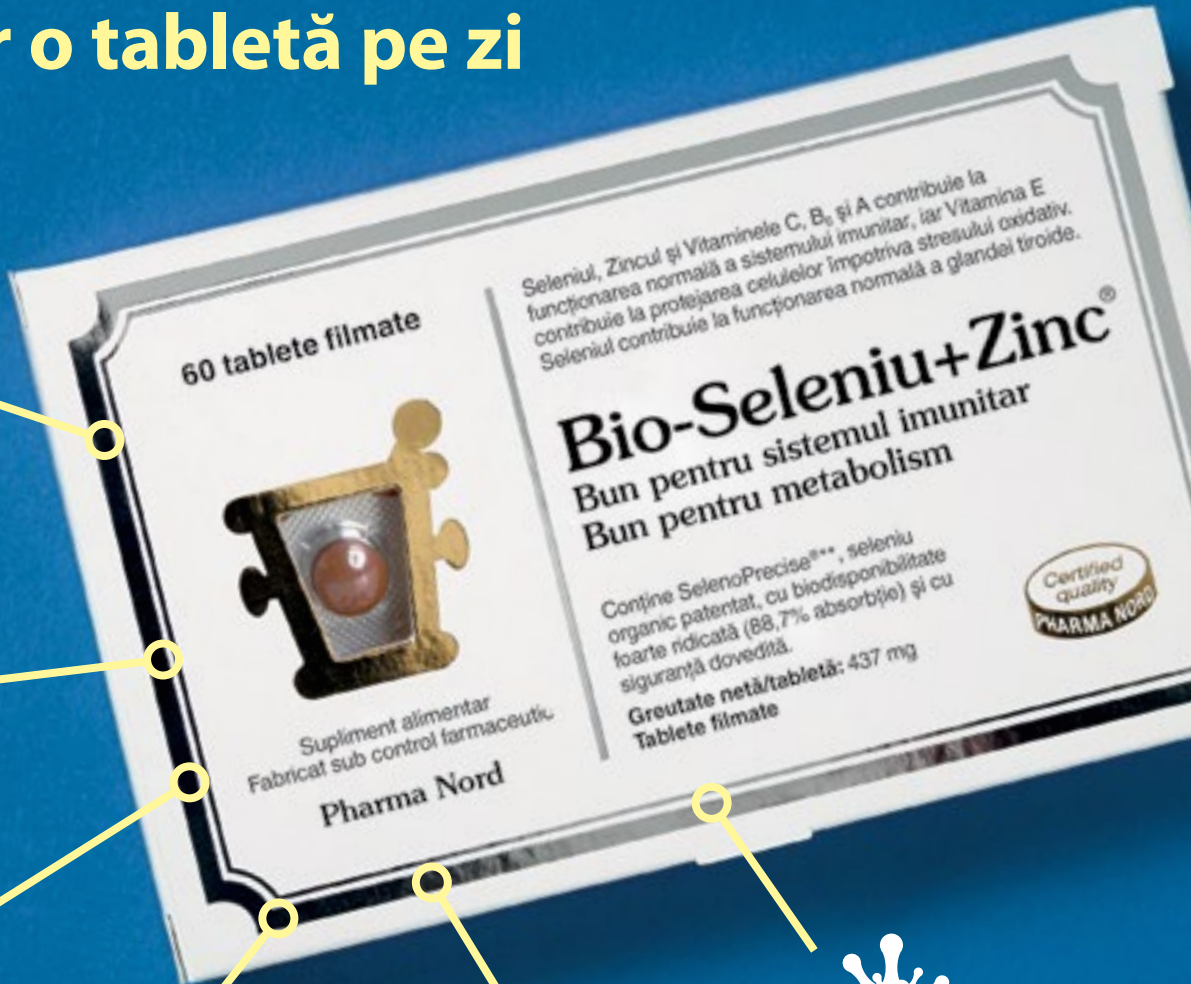
METABOLISM <sup>4</sup>



ENERGIE <sup>2,3</sup>



SISTEM  
IMUNITAR <sup>1,2,3,4</sup>



**Bio- Seleniu+Zinc** este unul dintre cele mai riguros testate suplimente de seleniu de pe piață. În ultimii 25 de ani a schimbat viața a milioane de consumatori din peste 45 de țări din întreaga lume.



Conține drojdia patentată SelenoPrecise (seleniu organic), care este recunoscută pentru biodisponibilitatea superioară (**absorbție de 88.7%**) și siguranță.

Contribuie la menținerea sănătății părului <sup>1,4</sup>. Ajută la menținerea sănătății pielii <sup>1</sup>. Contribuie la menținerea sănătății unghiilor <sup>1,4</sup>. Susține o funcție tiroidiană normală <sup>4</sup>. Susține funcția normală a sistemului imunitar <sup>1,2,3,4</sup>. Contribuie la reducerea oboselii și lipsei de energie <sup>2,3</sup>.

1: Zinc / 2: Vitamina C / 3: Vitamina B6 / 4: Seleniu

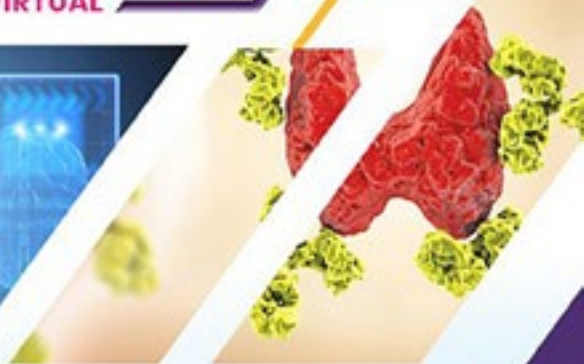
 **Pharma Nord**  
www.pharmanord.ro

Organizator științific



Societatea Română  
de Endocrinologie  
**SRE**

**Al 29-lea CONGRES NAȚIONAL  
al Societății Române de Endocrinologie**  
EXCLUSIV VIRTUAL



**23-26 iunie 2021**  
**Sanatatea.ONLINE**

Management eveniment  
& Producție video

