

Bibliografie

1. *IDF Diabetes Atlas*. Eight edition. 2017. www.diabetes-satlas.org
2. *Anularul statistic 2016*. www.cnms.md
3. *The top 10 causes of death. Fact sheet. Updated January 2017*. www.who.int.
4. *ADA Standards of medical care in diabetes – 2018*. In: *Diabetes Care*, 2018, nr. 41 (suppl. 1), p. 73-85.
5. *Protocolul Clinic Național „Diabetul zaharat necompliat”*. 2017, p. 39-52.
6. Hirst J.A., Farmer A.J., Ali R., et al. *Quantifying the effect of metformin treatment and dose on glycemic control*. In: *Diabetes Care*, 2012, nr. 35(2), p. 446-454.
7. Ponsse H.H., Elte J.W., Lehert, P. et al. *Combined metformin and insulin therapy for patients with type 2 diabetes mellitus*. In: *Clinical therapeutics*, 2000, nr. 22(6), p. 709-718.
8. Wulffélé M.G., Kooy A., Lehert P., et al. *Combination of insulin and metformin in the treatment of type 2 diabetes*. In: *Diabetes Care*, 2002, nr. 25(12), p. 2133-2140.
9. Vos R.C., van Avendonk M.J., Jansen H., et al. *Insulin monotherapy compared with the addition of oral glucose-lowering agents to insulin for people with type 2 diabetes already on insulin therapy and inadequate glycaemic control*. In: *Cochrane Database*, 2016, nr. 9, p. 142-151.
10. Selvin E., Bolen S., Yeh H.C. *Cardiovascular outcomes in trials of oral diabetes medications: a systematic review*. In: *Archives of internal medicine*, 2008, nr. 168(19), p. 2070-2080.
11. *Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS34). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group*. In: *Lancet*, 1998, nr. 352(9131), p. 854-865.
12. Andrew McGovern, William H., Silvio C., et al. *Comparison of medication adherence and persistence in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis*. In: *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 2018, nr. 20(4), p. 1040-1043.
13. Katy E. Trinkley., Daniel C. Malone., Jennifer A. Nelson. *Prescribing attitudes, behaviors and opinions regarding metformin for patients with diabetes: a focus group study*. In: *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 2016, nr. 7(5), p. 220-228.
14. Silvio E. Inzucchi, Richard M. Bergenstal, John B. Buse, et al. *Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centred approach*. Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. In: *Diabetes Care*, 2015, nr. (38), p. 140-149.
15. *Protocolul Clinic Național „Diabetul zaharat necompliat”*. 2017, p. 26.
16. Khunti S., Davies M.J., Khunti K. *Clinical inertia in the management of type 2 diabetes mellitus: a focused literature review*. In: *The British Journal of Diabetes*, nr. 2(15), p. 65-69.
17. Reach G., Pechtner V., Gentilella R., et al. *Clinical inertia and its impact on treatment intensification in people with type 2 diabetes mellitus*. In: *Diabetes and metabolism*, 2017, nr. 43(6), p. 501-511.
18. Donnan P.T., MacDonald T.M., Morris A.D. *Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with Type 2 diabetes: a retrospective cohort study*. In: *Diabetes and metabolism*, 2002, nr. 19(4), p. 279-284.

Dumitru Harea, asist. univ.,
Catedra Endocrinologie,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel.: 069666021, e-mail: dumitru.harea@usmf.md

PACIENTUL CU OBEZITATE ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

**Carolina PETERSCHI¹, Stela VUDU¹,
Larisa ZOTA², Lorina VUDU¹,**

¹Laboratorul de endocrinologie,
IP USMF Nicolae Testemițanu,

²Catedra Endocrinologie, IP USMF Nicolae Testemițanu

Rezumat

Obezitatea evoluează cu o viteză impresionantă, devenind o problemă globală de sănătate publică. Ea este o boală complexă, care asociază comorbidități cu risc înalt pentru sănătate. Obiectivul de bază în tratamentul obezității este de a reduce morbiditatea și mortalitatea populației în general. Aceasta nu este o sarcină doar a medicului, ci și a pacientului, care trebuie să conștientizeze că tratamentul maladiei date este pentru toată viața. Acest articol descrie cauzele obezității, bolile asociate, algoritmul de diagnostic și de tratament al obezității în practica medicului de familie.

Cuvinte-cheie: obezitate, diagnostic, tratament, medicină de familie

Summary**Obese patient in family doctor practice**

The prevalence of obesity has increased dramatically all over the world. This is a complex condition which places a person at risk of multiple health problems. The aim of obesity management is to reduce associated morbidity and mortality. Both clinicians and patients should know that the obesity treatment is a lifelong task. They should also set realistic goals before starting the treatment. This report describes the causes of obesity, its co-morbidities, diagnosis and treatment algorithm of obese patient in the practice of family doctor.

Keywords: obesity, diagnosis, treatment, general practice

Резюме**Ожирение в практике семейного врача**

Распространенность ожирения резко возросла во всем мире. Это комплексное заболевание, которое ставит под угрозу здоровье человека. Основная цель лечения ожирения – снижение риска развития сопутствующих заболеваний и увеличение продолжительности жизни больного. Это задача не только клинициста, но и пациента, который должен осознать, что лечение ожирения является пожизненной задачей. Поэтому они обязаны поставить перед собой реалистичные цели. В статье описаны причины развития ожирения, коморбидные состояния, а также алгоритм диагностики и лечения пациента с ожирением в практике семейного врача.

Ключевые слова: ожирение, диагностика, лечение, общая врачебная практика

Introducere

Evoluția impresionantă a obezității în toate țările lumii a creat o problemă majoră de sănătate publică, fiind definită de OMS ca "epidemie globală". Caracterul său pandemic afectează nu doar țările dezvoltate, ci și cele în curs de dezvoltare. Mai mult de 1,9 miliarde de adulți din întreaga lume sunt supraponderali, dintre care, 650 de milioane sunt obezi [1]. Conform datelor Ministerului Sănătății al Republicii Moldova pentru anul 2015, în țara noastră se înregistrează 58.126 obezi, dintre care 3546 sunt copii.

Obezitatea este definită ca o acumulare excesivă de țesut adipos din cauza dezechilibrului dintre aportul și consumul de energie [1].

Actualmente, obezitatea nu mai este o problemă exclusiv endocrinologică. Conduita acestor pacienți trebuie să fie multidisciplinară, cu implicarea cardiologilor, gastroenterologilor, chirurgilor, precum și a medicilor de familie. Medicul de familie poate contribui la depistarea timpurie și preîntâmpinarea dezvoltării comorbidităților obezității, în special la persoanele cu risc sporit.

Etiologie

Etiologia supraponderii reflectă o interacțiune a factorilor de mediu și a celor genetici. Cu toate că valoarea factorului genetic este cert, rolul factorilor de mediu în etiologia obezității este major. Sunt subliniați factorii demografici, socioculturali, biologici, comportamentali, precum activitatea fizică, tabagismul și consumul de alcool. Un rol aparte îl deține regimul alimentar. Astfel, rezultatele unui studiu privind obiceiurile alimentare, efectuat în Moldova, au arătat că, în comparație cu persoanele normoponderale, cele obeze omit micul dejun, fac abuz alimentar spre sfârșitul zilei și mănâncă frecvent atunci când sunt obosite, stresate și au gustări nocturne [2].

Comorbidități

Obezitatea este o boală metabolică cu urmări nefaste asupra stării de sănătate. Ea este asociată cu peste 30 de afecțiuni, influențând morbiditatea și mortalitatea populației. Bărbații cu un indice al masei corporale (IMC) mai mare de 30 kg/m² decedază de 2,5 ori mai frecvent decât semenii lor. Patologiile asociate obezității sunt: hipertensiunea arterială, boala ischemică a cordului, diabetul zaharat tip 2, hiperlipidemia, bronhopneumopatia cronică obstructivă, boala varicoasă, artrita, în special la nivel coxofemural și genunchi, calculi biliari, sindrom de apnee în somn, accidente cerebrovasculare. Asocierea diabetului zaharat tip 2 și a obezității crește de 11 ori riscul de deces [3, 4].

Fiecare 5 unități în exces ale IMC la bărbați reprezintă un factor de risc pentru adenocarcinomul de esofag, glandă tiroidă și intestin. La femei, o astfel de corelație s-a observat pentru cancerul de endometriu, vezică biliară, cancerul renal. Este descrisă și corelația pozitivă dintre obezitate și cancerul de prostată la bărbați și cancerul glandei mamare la femei. Mai mult decât atât, excesul ponderal este considerat factor de risc în dezvoltarea acestor maladii [5].

Obezitatea influențează capacitatea reproductivă atât la femei, cât și la bărbați. Adolescențele în vârstă de 18 ani cu un IMC mai mare de 35 kg/m² prezintă dereglări de ciclu menstrual de 1,75 mai frecvent decât cele cu IMC de 20 kg/m². Incidența infertilității la femeile cu un IMC mai mare de 30 kg/m² este de 2,5 ori mai înaltă. Iar obezitatea mamei în timpul sarcinii crește riscul de dezvoltare a obezității la copil la vârsta de 2-7 ani [6, 7].

Nu în ultimul rând, excesul ponderal implică "dereglări" psihologice, cu izolare socială, diminuarea activității sexuale, complexe, subapreciere de sine, depresie [8].

Examinarea pacientului cu obezitate

Evaluarea persoanei cu obezitate este complexă și presupune aprecierea gradului de exces ponderal, cauzele dezvoltării acestuia, riscul cardiovascular și asocierea altor comorbidități.

Cea mai simplă metodă de apreciere a gradului de supraponderare este indicele masei corporale. Formula folosită în calculul acestuia este simplă: $IMC = \frac{greutatea (kg)}{înălțime (m)^2}$. O persoană cu IMC mai mic de 18,49 se consideră subponderal; între 18,50 și 24,99 – greutate normală; între 25 și 29,99 – supraponderal; între 30,00 și 34,99 – obezitate gradul I; între 35,00 și 39,99 – obezitate gradul II; 40,00 sau mai mult – obezitate gr. III sau morbidă [1]. Totuși, această clasificare ignoră eterogenitatea patologiei, tipul de distribuție a țesutului adipos, fenotipul metabolic și riscul cardiometabolic. De aceea, se recomandă examinarea antropometrică, cu aprecierea circumferinței abdominale (CA), circumferinței șoldului (CȘ) și raportului acestora, grosimii plicii cutanate. Acești parametri sunt indicatori ai adipozității viscerale, ce se corelează cu sindromul metabolic și riscul cardiovascular. Distribuția abdominală a țesutului adipos este asociată cu un risc cardiovascular mai înalt, comparativ cu distribuția periferică a acestuia. Conform criteriilor Asociației Americane de Diabet, CA la bărbați nu trebuie să depășească 102 cm, iar la femei – 88 cm [9, 10].

Examenul general va include și examenul articulațiilor, prezența semnelor de ateroscleroză, diabet zaharat.

Anamneza pacientului va puncta factorii cu influență asupra masei corporale. Se va preciza momentul de debut al adaosului în greutate, perioada de adaos ponderal mai intens, evenimentele din viață asociate cu un adaos ponderal. Pacientul va fi interogat despre condițiile de viață, de muncă (cum se deplasează la serviciu, serviciu de birou/nu), obiceiurile alimentare, starea civilă (cine pregătește mâncarea), unde face cumpărături, cât timp petrece în fața televizorului sau calculatorului, face sau nu face sport, petrece sau nu petrece activ timpul liber, activitatea zilnică i-ar permite sau nu să modifice regimul alimentar, administrează sau nu remedii medicamentoase, cum au influențat sarcina și alăptarea masa corporală, fumează sau a abandonat acest viciu.

Investigațiile de laborator vor permite aprecierea statutului metabolic lipidic, glucidic, starea funcțională a ficatului, dar și vor exclude o cauză secundară a obezității. Va fi apreciat nivelul de colesterol total, LDL, HDL, trigliceride, glicemia, ALT, AST, acid uric. Creșterea nivelului glicemiei peste 5,6 mmol/l, o anamneză familială agravată pentru diabet zaharat, prezența semnelor de insulinorezistență (achantosis nigricans, hirsutism, tip abdominal de distribuție a țesutului adipos ș.a.) sunt indicații pentru efectuarea testului oral de toleranță la glucoză [11].

Diagnosticul diferențial impune excluderea cauzelor secundare ce favorizează excesul ponderal: hipotiroidia, sindromul Cushing, insulinomul, obezitatea hipotalamică, sindroamele genetice (Prader-Willi, Laurence MoonBiedl ș.a.), deficitul hormonului de creștere, folosirea contraceptivelor orale, sarcina, tratamentul medicamentos (cu fenotiazine, valproat de sodiu, carbamazepină, antidepresante triciclice, preparate de litiu, glucocorticoizi, tiazolidindione, sulfonilureice, insulină, blocați ai adrenoreceptorilor, antagoniști de serotonină, în special ciproheptadina); abandonarea fumatului, dereglări ale comportamentului alimentar (bulimie, sindromul gustărilor nocturne), hipogonadism, pseudohipoparatiroidie, alimentare parenterală neadecvată [12].

Tratamentul obezității

Fiind o boală cronică, obezitatea necesită un tratament complex și de durată. Scopul principal este de a micșora riscul de dezvoltare a comorbidităților și creșterea longevității [13].

Abordarea modernă a pacientului cu obezitate presupune nu doar stabilirea indicațiilor pentru inițierea tratamentului, ci și aprecierea stării psihologice a acestuia, motivarea și pregătirea lui pentru a pierde în greutate. Dacă pacientul nu este suficient de motivat sau predomină indiferența, anxietatea ori depresia, tratamentul va eșua. Iar fiecare eșec reduce

rata de succes în viitor. În acest caz, se recomandă consultația psihologului [14].

Actualmente se consideră sigură și eficientă metoda pierderii treptate în greutate (câte 0,5-1,0 kg/săptămână), timp de 4-6 luni, și menținerea acestui rezultat pentru o perioadă îndelungată. În așa mod se pierd 5-15% din masa inițială din contul masei grase, și nu din contul celei musculare, osoase sau lichide. Acest regim nu este dificil de respectat de către pacient, iar riscul de acumulare ulterioară a kilogramelor este minim. Respectarea diferitor diete ce promet o pierdere ponderală rapidă va duce la un adaos ponderal imediat după revenirea la regimul alimentar obișnuit [14, 16].

Un tempo mai intens de pierdere ponderală este recomandat pacienților cu: risc înalt de complicații metabolice, obezitate morbidă (IMC>40) asociată cu sindrom de apnee în somn și înainte de intervenții chirurgicale planice.

Criteriile de excludere a pacienților din programul de pierdere ponderală sunt [17]:

- *limitări temporare*: sarcina și alăptarea, incapacitatea temporară de muncă, alt tratament concomitent care duce la pierdere ponderală sau crește riscul de dezvoltare a aritmiilor;
- *contraindicații relative*: litiaza biliară, osteoporoza, anamneza agravată, patologia oncologică, insuficiența renală și cea hepatică, bolile infecțioase, bulimia;
- *contraindicații absolute*: stările terminale;
- *alte cauze*: incapacitatea sau imposibilitatea respectării recomandărilor specialistului; pierderea prea rapidă în greutate (mai mult de 5 kg/lună).

Principiile de bază în tratamentul excesului ponderal sunt:

1. **Regimul alimentar.** Corectarea regimului alimentar, cu limitarea aportului caloric, este recomandată tuturor pacienților. Însă, acesta trebuie să asigure un aport suficient de micro- și macronutrienți, fibre alimentare și lichide. Un echilibru energetic optim poate fi asigurat printr-un consum mediu de 1200-1500 kcal/zi pentru femei și 1500-1800 kcal/zi pentru bărbați. Deficitul caloric zilnic de 500-750 kcal sau 30% din aportul caloric al pacientului va duce la o pierdere ponderală lentă, dar stabilă. Astfel, reducerea aportului caloric zilnic cu 300-500 kcal a unui pacient cu IMC 27-35 kg/m² va duce la o pierdere ponderală de 300-500 g/săptămână. Persoanele cu un IMC mai mare de 35 kg/m² trebuie să reducă din aportul caloric zilnic 500-1000 kcal, ceea ce va conduce la o pierdere ponderală de 500-1000 g/săptămână. Acest ritm de pierdere ponderală este real și este suportat ușor de către pacient. Un aport caloric mai mic de 1200 kcal/zi la femei și 1500 kcal/zi la bărbați se efectuează doar sub evidența medicului curant.

Pentru a micșora aportul caloric se recomandă: limitarea aportului de produse alimentare cu densitate energetică înaltă (grăsimi animaliere, patiserie, băuturi îndulcite) și aport crescut de produse cu densitate energetică mică (fructe, legume); excluderea din alimentație a produselor semifabricate; limitarea alcoolului (nu mai mult de 2 porții/zi pentru bărbați și 1 pentru femei) [18, 19].

Respectarea orelor mesei are un rol la fel de important în tratamentul obezității. Mestecarea permanentă și gustările frecvente duc la o supraalimentare necontrolată, cu dereglarea ritmului de secreție a insulinei, grelinei, leptinei și a altor substanțe cu rol reglator al poftei de mâncare și senzației de sațietate. De aceea, se recomandă servirea meselor în cantități mici, la fiecare 3 ore. Pofta de mâncare poate fi jugulată cu apă, dacă nu este efect – cu un măr, morcov, ardei dulce. Porțiile trebuie micșorate treptat, pentru a reduce extinderea mecanică a stomacului. Se exclud activitățile nocive în timpul mesei, precum cititul sau privirea televizorului, deoarece acestea inhibă centrul de sațietate. Același efect îl are consumul rapid al produselor alimentare [20]. Ultimul aport alimentar trebuie să fie cu minimum trei ore înainte de somn.

Aportul crescut de apă va scădea pofta de mâncare, dar și va contribui la o creștere a eficacității de scădere ponderală. S-a observat că servirea a 500 ml de apă înaintea fiecărei mese de bază, timp de 12 săptămâni, va asigura o eficacitate cu 44% mai mare de scădere ponderală la pacienții cu obezitate [21].

2. Activitatea fizică. Modificarea regimului de activitate fizică este un punct forte în terapia obezității. Ea va asigura o pierdere ponderală de durată, va preîntâmpina adaosul ponderal după tratament și va influența pozitiv calitatea vieții. Activitatea fizică se referă nu doar la efectuarea unor antrenamente speciale, dar și la creșterea activității fizice pe parcursul întregii zile.

Se recomandă cheltuieli de 400 kcal/zi prin intermediul activității fizice. Pentru început se recomandă 30 minute de plimbare activă în aer liber. Pentru persoanele cu obezitate morbidă se recomandă 3 plimbări a câte 10 minute pe zi. Exercițiile fizice nu vor duce la o diminuare țintită a țesutului adipos, ci vor contribui la creșterea masei musculare. Din acest motiv, deseori inițierea activității fizice duce la un ușor adaos ponderal, fapt ce îi face pe pacienți să abandoneze antrenamentele. Este important ca persoana să înțeleagă că masa musculară formată va stimula metabolismul bazal, va crește sensibilitatea față de insulină, va fi utilizată mai multă energie formată din glucoză, contribuind astfel la reducerea masei corpului. Efortul fizic va avea un efect favorabil și asupra performanței cardiace. În afară de plimbări

se recomandă înot, patinaj, schiat, dansuri, yoga, badminton ș.a. [22].

3. Intervențiile cosmetologice: metode invazive (liposucția) și neinvazive, destinate diminuării cantității locale de țesut adipos.

4. Tratamentul chirurgical. Chirurgia bariatrică este o metodă contemporană de tratament al obezității. Indicații pentru intervenție sunt: rezultatele nesatisfăcătoare ale unui tratament conservator (adaos ponderal excesiv după terapie și compensarea insuficientă a patologiei concomitente) la persoanele cu vârsta cuprinsă între 18 și 60 de ani și IMC >40 kg/m²; persoanele cu IMC >35 kg/m² și patologii concomiten^{te} severe, evoluția cărora poate fi influențată prin scădere ponderală. Tratamentul chirurgical este unul cu rezultate bune, dar nu de durată. Cercetările relatează o creștere liniară a IMC în medie peste șase luni de la intervenție [23].

Eficacitatea tratamentului – rezultate de durată

Scopul tratamentului obezității este efectul de durată. Pierderea treptată și stabilă a masei corporale va avea efect favorabil asupra sănătății. O pierdere ponderală de 4-5 kg va scădea IMC cu doar 2 unități, în schimb va contribui la micșorarea tensiunii arteriale, a nivelului de colesterol și trigliceride, va crește sensibilitatea față de insulină. Doar 55% din persoane reușesc să păstreze peste doi ani după tratament masa corporală obținută. Cauza este următoarea: organismul tinde să revină la intensitatea metabolismului de până la tratament. Este important ca pacientul să conștientizeze această stare de lucruri și să nu cedeze într-un moment mai dificil. Se recomandă automonitorizarea masei corporale, respectarea continuă a regimului alimentar prestabilit, a activității fizice zilnice de minimum 60 de minute, evitarea modului de viață sedentar.

Bibliografie

1. WHO. *Obesity and overweight Fact sheet nr. 311*. February 2018.
2. Vudu S., Piterschi C., Vudu L., Anestiadi Z. *Obezitatea și obiceiurile alimentare la persoanele din sudul Republicii Moldova*. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale, 2017, nr. 3(55), p. 105-109.
3. Lenz M., Richter T., Mühlhauser I. *The Morbidity and Mortality Associated With Overweight and Obesity in Adulthood*. In: Dtsch. Arztebl. Int., 2009, Oct., nr. 106(40), p. 641-648.
4. Murphy N.F., et al. *Long-term cardiovascular consequences of obesity: 20-year follow-up of more than 15000 middle-aged men and women (the Renfrew-Paisley study)*. In: European Heart Journal, 2006, nr. 27(1), p. 96-106. doi: 10.1093/eurheartj/ehi506
5. Calle E.E. *Obesity and cancer*. In: British Medical Journal, 2007, Dec. 1, nr. 335(7630), p. 1107-1108.

6. KulieT., Slattengren A., Redmer J., *Obesity and Women's Health: An Evidence-Based Review*. In: J. Am. Board Fam. Med., January-February 2011, nr. 24, p. 75-85.
7. Rooney B., Schauburger C.W., Mathiason M.A. *Impact of perinatal weight change on long-term obesity and obesity-related illnesses*. In: Obstet. Gynecol., 2005, Dec., nr. 106(6), p. 1349-1356.
8. Wu Y.K., Berry D.C. *Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review*. In: J. Adv. Nurs, 2017, Nov. 23. doi: 10.1111/jan.13511.
9. Garvey W., Garber A., Mechanick J., et al. *American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology position statement on the 2014 advanced framework for a new diagnosis of obesity as a chronic disease*. In: Endocr. Pract., 2014, vol. 20, nr. 9, p. 977-989.
10. Vazquez G., Duval S., Jacobs DR., Silventoinen K. *Comparison of Body Mass Index, Waist Circumference, and Waist/Hip Ratio in Predicting Incident Diabetes: A Meta-Analysis*. In: Epidemiol. Rev., 2007, nr. 29, p. 115-128. Epub. 2007 May 10.
11. Bray G., Frühbeck G., Ryan D., Wilding J. *Management of obesity*. In: Lancet, 2016, May 7, nr. 387(10031), p. 1947-1956. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00271-3. Epub. 2016 Feb. 10.
12. Karam J., McFarlane S. *Secondary causes of obesity*. In: Therapy, 2007, nr. 4(5), p. 641-650.
13. Hainer V., Toplak H., Mitrakou A. *Treatment modalities of obesity: what fits whom?* In: Diabetes Care, 2008, Feb., nr. 31, suppl. 2, p. 269-277. doi: 10.2337/dc08-s265
14. Logue E., et al. *Longitudinal Relationship between Elapsed Time in the Action Stages of Change and Weight Loss*. In: Obesity Research, 2005, nr. 12, p. 1499-1508.
15. O'Brien S., Holubkov R., Reis E. *Identification, evaluation, and management of obesity in an academic primary care center*. In: Pediatrics, 2004, Aug., nr. 114(2), p. 154-159.
16. Suastika K. *Update in the management of obesity*. In: Acta Med. Indones., 2006, Oct.-Dec., nr. 38(4), p. 231-237.
17. Aronne L. *Classification of obesity and assessment of obesity-related health risks*. In: Obes. Res., 2002, Dec., nr. 10, suppl. 2, p. 105-115.
18. Ello-Martin J., Roe L., Ledikwe J., et al. *Dietary energy density in the treatment of obesity: a year-long trial comparing 2 weight-loss diets*. In: Am. J. Clin. Nutr., 2007, Jun, nr. 85(6), p. 1465-1477.
19. Raynor H., Looney S., Steeves E., et al. *The effects of an energy density prescription on diet quality and weight loss: a pilot randomized controlled trial*. In: J. Acad. Nutr. Diet., 2012, Sep., nr. 112(9), p. 1397-1402.
20. Denney-Wilson E., Campbell K. *Eating behaviour and obesity*. In: BMJ, 2008, nr. 337. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.a1926
21. Dennis E., Dengo A., Comber D., et al. *Water consumption increases weight loss during a hypocaloric diet intervention in middle-aged and older adults*. In: Obesity, 2010, vol. 18(2), p. 300-307.
22. Strasser B. *Physical activity in obesity and metabolic syndrome*. In: Ann. NY Acad. Sci., 2013, Apr., nr. 1281(1), p. 141-159.
23. Maleckas A., Gudaitytė R., Petereit R. *Weight regain after gastric bypass: etiology and treatment options*. In: Gland Surg., 2016, Dec., nr. 5(6), p. 617-624.

Carolina Pitterschi, lector,
Laboratorul de endocrinologie,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel: 069120007
e-mail: carolina.pitterschi@usmf.md

CZU: 616.441-008.64:614.253.1

HIPOTIROIDIA ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE: ACTUALITĂȚI ÎN DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

**Lorina VUDU^{1,2}, Larisa ZOTA¹,
Stela VUDU², Carolina PETERSCHI²,**

¹Catedra Endocrinologie, IP USMF Nicolae Testemițanu,

²Laboratorul de endocrinologie,
IP USMF Nicolae Testemițanu

Rezumat

Hipotiroidia este cea mai frecventă afecțiune endocrină și se caracterizează prin deficiența hormonilor tiroidieni. Scăderea concentrației hormonilor se răsfrânge asupra tuturor organelor și sistemelor organismului uman. Aproape jumătate din cazurile de hipotiroidism sunt diagnosticate întâmplător, deoarece în stadiile inițiale ale dezvoltării sale, hipotiroidia se desfășoară asimptomatic. Diagnosticul contemporan al sindromului de hipotiroidie este bazat pe determinarea concentrației de TSH și de T₄ liber; acești indici se utilizează și pentru a controla eficiența tratamentului persoanelor cu hipotiroidie. Se recomandă depistarea cazurilor noi la unele grupe de pacienți. Circa 5-10% dintre pacienții bine controlați biochimic, cu hipotiroidie tratată cu L-T₄, prezintă simptome persistente, cum ar fi depresia și dereglarea stării psihice.

Cuvinte-cheie: hipotiroidie, diagnostic, tratament, medic de familie

Summary

Hypothyroidism in family physician practice: actualities in diagnosis and treatment

Hypothyroidism is the most common endocrine disorder characterized by hormone deficiency. Decrease in thyroid hormone levels affects all organs and systems of the human body. Nearly half of the cases of hypothyroidism are randomly diagnosed, as hypothyroidism occurs asymptotically in its early stages of development. The current diagnosis of hypothyroidism is based on the determination of free TSH and T₄; these indices are also used to control treatment efficacy. Screening is recommended in some pa-