MIERCURI, 19 IUNIE 2024, nr. 11

De Sănătate

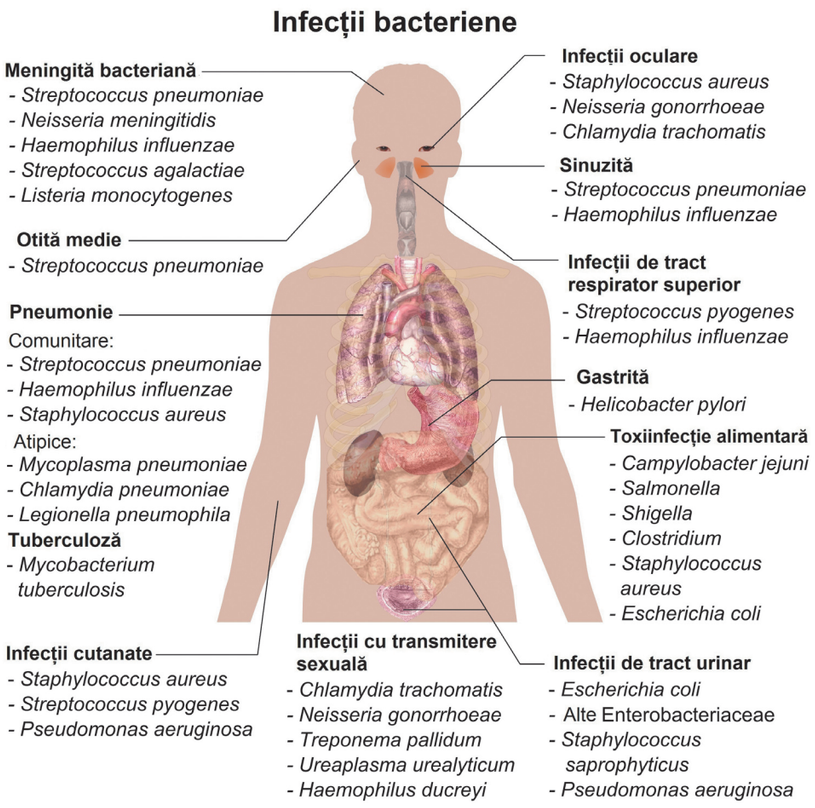
UN PRODUS EDITORIAL PREMIUM, MARCA

ZIARUL De IAȘI
LIDERUL PRESEI IEȘENE

ZIARULDEIASI.RO

O incitantă discuție de specialitate cu cele mai autorizate voci ale Iașului medical

Bacterii bune, bacterii nocive: cum ne influențează viața? Când cele care ne ajută ne devin dușmani de moarte?



Infecție cu microbi, cu bacterii? Ia antibiotic! Da, e corect, și pare simplu: bacteriile se combat cu antibiotic. În termeni medicali, însă, lucrurile sunt mult mai complexe. Pentru că nu toate bacteriile din organism sunt nocive. Ce ne facem cu bacteriile „bune“ din corp, bacterii care ajută la bunul mers al lucrurilor din punct de vedere fiziologic? Antibioticul nu știe să aleagă. Un lucru este cert: deși există mii de tipuri de bacterii, doar câteva din acestea provoacă boli la om. Iar unele foarte grave. Cum procedăm? Cum ne ferim de bacteriile care ne infectează cu boli? Cum ne tratăm corect dacă ne-am infectat? Care sunt cele mai răspândite bacterii și ce boli dau acestea? Cum să evităm să ne transformăm organismul într-un „bastion“ al microbilor ce nu mai poate fi atacat eficient de niciun antibiotic? Iată câteva întrebări la care dosarul jurnalistic de astăzi din Ziarul De Sănătate, dedicat bacteriilor, încearcă să ofere răspunsuri pertinente! Am consultat mai mulți specialiști de top din mediul medical ieșean, iar explicațiile acestora sunt pe măsura expertizei și experienței lor clinice.

„Poate pătrunde în organism prin consumul de apă sau de alimente contaminate, dar se poate transmite și de la o persoană la alta prin intermediul salivei sau prin materiile fecale“, este caracterizarea uneia dintre bacteriile ce afectează mai mult de jumătate din populație.

Unul din specialiștii consultați trage un serios semnal de alarmă - Nu puțini pacienți ajung la sepsis din cauză că s-au tratat ani de zile cu antibiotice luate „după ureche“. Iar România este, din nefericire, campioană europeană la consumul de antibiotice.

Șefa Colegiului Farmaciștilor Iași are și o explicație inedită pentru consumul mare de antibiotice: „Spațiul virtual e plin de soluții minune cu antibiotice“.

O amplă analiză despre bacterii și bolile date de acestea, dar și despre modalitățile de apărare și de combatere a lor, în dosarul jurnalistic tematic din paginile *4-5*

din Sumar

Hotelul IRO Iași a oferit cazare gratuită pentru 4.000 pacienți din întreaga țară: Aproape 4.000 de pacienți oncologici din Moldova, Constanța, București, Hunedoara, Caraș-Severin etc. au beneficiat, în ultimii opt ani, de cazare gratuită la hotelul Institutului Regional de Oncologie (IRO) Iași. Aceasta este prima unitate medicală din țară care oferă cazare pentru pacienți.

Pag. 3

Rinoplastia poate corecta „defectele“ funcționale și estetice ale nasului: Mariana Popa, Iași: „Am 24 de ani și, mai în glumă mai în serios, pe lângă multele calități pe care le-am moștenit de la tatăl meu, am moștenit și forma nasului său care este cam mare la bază și puțin curbat. Acum, că am terminat școala și am serviciu, am decis să fac o operație care să corecteze acest aspect mai puțin estetic“. Îi răspunde dr. Andrei Lazăr, medic primar Chirurgie plastică, estetică și reconstructivă:

Pag. 6

Dezechilibru major - 6 milioane de români plătesc asigurare de sănătate însă 19 milioane beneficiază: România se apropie, în acest an, de 6 milioane de plătitori de asigurări de sănătate, dar numărul de beneficiari este de 19 milioane. Cifrele au fost prezentate recent de Carmen Orban, consilier pe probleme de sănătate al premierului Marcel Ciolacu, la Forumul Național al Asociațiilor de Pacienți, eveniment relatat de portalul HotNews.ro. Așadar, din 3 români care pot accesa servicii medicale, doar unul plăteste contribuția de 10% la asigurarea de sănătate. Cine sunt însă cei 13 milioane care nu plătesc, dar beneficiază?

Pag. 2

Medicamentele depășesc toate recordurile la scumpiri: 24% doar în 2024: După negocierile care au avut loc pe parcursul ultimilor ani și de la corectarea prețurilor de anul trecut în CANAMED, registrul național care indexează toate prețurile medicamentelor din țară, aceste produse au înregistrat cea mai mare creștere a prețurilor din toate cele aflate în indexarea institutelor de statistică. Este vorba în special de o scumpire și de o creștere a prețurilor la o anumită categorie de produse.

Pag. 3

Se pot dona celule stem la Iași!

Cei care doresc să doneze celule stem se pot înscrie în Registrul Donatorilor Iași. Registrul Național al Donatorilor Voluntari de Celule Stem Hematopoietice oferă oportunitatea oamenilor de a face o faptă bună. Persoanele sănătoase cu vârste cuprinse între 18 și 45 de ani se pot înscrie în registru după ce primesc o informare completă despre donarea de celule stem. Acestea vor completa un set de formulare în care își exprimă decizia de a deveni donator de celule stem hematopoietice. Studentă donatoare: „Îi doresc primitoarei o însănătoșire grabnică“.

Pagina 3

Complicație rară a unui calcul renal foarte mic, tratată la Arcadia

Dr. Cătălin Constandache, medic primar Urologie, Arcadia: Ruptura spontană a sistemului pielocaliceal renal este o condiție rară, non-traumatică, uneori dificil de diagnosticat. Cea mai frecventă cauză este migrarea unui calcul la nivelul ureterului, care este de obicei de mici dimensiuni, dar rugos și care asociază spasm important la nivel ureteral. Poate fi întâlnită și în tumorile ureterale obstructive, fibroza retroperitoneală, sarcină, retenția acută de urină.

Amănunte în pagina 6

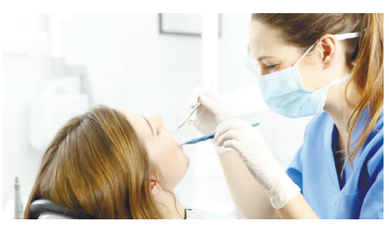
SFATUL MEDICULUI

Pompa de insulină poate înlocui mare parte din injecțiile pentru controlul diabetului de tip 1

Iulia Cristea, 39 ani, Piatra Neamț: „Sunt diagnosticată de 10 ani cu diabet zaharat de tip 1 și fac câte 4 injecții, zilnic, pentru a-mi putea ține glicemia în parametrii normali. Am înțeles că este mult mai ușor de gestionat tratamentul cu ajutorul unei pompe de insulină. Nu știu care sunt condițiile pe care trebuie să le îndeplinești pentru a putea solicita acest dispozitiv. De asemenea, nu îmi dau seama cum poți să mergi la duș cu pompa aceasta sau să dormi fără să o dereglezi“. Răspunde în detali dr. Olimpia Guțu, medic primar Diabet, Nutriție și Boli Metabolice.

Pagina 7

Doi români din trei au carii sau dinți lipsă; 80% iau medicamente la durere, nu merg la stomatolog



80% dintre români preferă să amâne sau să sară peste vizita la medicul stomatolog atunci când au dureri de dinți și să ia medicamente, arată un studiu realizat de Colegiul Medicilor Stomatologi. Potrivit studiului, doar unul din 5 români accesează serviciile stomatologie măcar o dată pe an, iar serviciile stomatologice de urgență sunt accesate mai rar decât ar fi nevoie.

Pagina 2

Doi români din trei au carii sau dinți lipsă; 80% din ei iau medicamente când îi doare, în loc să meargă la stomatolog

Amânarea prezentării la cabinetul stomatologic stă însă la baza dezvoltării complicațiilor întâlnite frecvent la examinările clinice examinate – urgențele dentare din cauza infecțiilor acute precum și edentațiile survenit în urma extracțiilor dinților care nu au mai putut fi recuperați din cauza afectării majore, atrag atenția medicii stomatologi. Aproape 2 din 3 români – 64,6% – au carii dentare, iar 52,8 dintre participanții la studiu din mediul urban și 62,1% dintre participanții din mediul rural au dinți lipsă. La aceștia se adaugă alți 24,6% din mediul urban și 25,7% care au avut dinți lipsă, dar i-au protezat. Tot aproape 2 din 3 români – 64,6% – au carii dentare, iar 52,8 dintre participanții la studiu din mediul urban și 62,1% dintre participanții din mediul rural au dinți lipsă. De remarcat că studiul Colegiului Medicilor Stomatologi a fost realizat, în perioada martie-mai 2024, pe un eșantion de peste 1.500 de pacienți din toate cele 8 regiuni ale României, atât din mediul urban, cât și din cel rural, care au accesat servicii stomatologice. ***„Dacă am merge să întrebăm în populația generală, atunci să vedeți înfiorare“***, a declarat **dr. Daciana Toma**, medic de familie, la evenimentul de lansare a studiului, citat de HotNews.ro.

Piața serviciilor stomatologice: 99% privată

„Sănătatea orală este o parte esențială a îngrijirii sănătății. Multe dintre cele mai elementare funcții umane – vorbirea și comunicarea, mâncatul, respirația și, nu în ultimul rând, zâmbetul depind de o bună sănătate orală.“ – **Dr. Hans Henri P. Kluge**, director regional al Organizației Mondiale a Sănătății pentru Europa. România ocupă penultimul loc din Uniunea Europeană după numărul mediu anual de consultații stomatologice (0,3 per capita față de 0,9, media U.E.). Una dintre principalele cauze pare să fie reprezentată de costuri – cabinetele de stomatologie sunt în proporție de 99% private, iar Casa de Asigurări de Sănătate decontează sume infime – doar aproximativ 6.000 de lei lunar pe cabinet.

În Europa, domeniul asistenței medicale stomatologice este finanțat de sectorul public de sănătate în proporție de 30% – media europeană. În plus, în unele zone rurale este o aventură să ai acces la un cabinet stomatologic, chiar și dacă banii nu reprezintă o probkemă – 80% dintre stomatologii din România profesează în mediul urban.

De altfel, 61% dintre participanții la studiul realizat de Colegiul Medicilor Stomatologi se declară puțin și foarte puțin informați cu privire la serviciile stomatologice decontate de CNAS. Din totalul pacienților care au folosit asigurarea CNAS pentru tratamente stomatologice, cei mai mulți au beneficiat de: controale periodice (67%), plombe și obturații (49%), extracții (40%), tratament de canal (41%), tratament de urgență (25%). Principalul motiv pentru neaccesarea serviciilor decontate de CNAS este insuficiența plafonului pentru servicii decontate. 77% dintre români își descriu propria sănătate orală ca proastă sau foarte proastă. Doar 44% dintre participanții la studiu au fost la un control de rutină în ultimul an. 92% dintre adulții care au participat la studiu consideră „importante și foarte importante“ consulturile stomatologice regulate, însă mai puțin de jumătate dintre ei (44%) au fost la un control de rutină în ultimul an, ceea ce are consecințe asupra stării de sănătate orală.

Foarte mulți români își descriu propria sănătate orală ca fiind proastă sau foarte proastă: 44% cu referire la dinți și 31% cu referire la gingii. În total, 75%. Această opinie este confirmată de problemele de cauză orală cu care declară că se confruntă: 4 din 10 adulți au dificultăți de masticație ori de consum al alimentelor dure ori evită să râdă sau să zâmbească din cauza aspectului dinților. Din punct de vedere clinic, consultațiile și controalele stomatologice ar crește șansele de prevenire a apariției afecțiunii sau a depistării într-o fază incipientă, reversibilă a cariei dentare sau a gingivitei, ceea ce ar reduce povara serviciilor stomatologice invazive, complexe și costisitoare.

Câți români au carii?

Aproape 2 din 3 români – 64,6% – au carii dentare, iar 52,8 dintre participanții la studiu din mediul urban și 62,1% dintre participanții din mediul rural au dinți lipsă. La aceștia se adaugă alți 24,6% din mediul urban și 25,7% care au avut dinți lipsă, dar i-au protezat. De asemenea, un procent de 54,5% dintre adulți (în mediul urban) și 59% (în mediul rural) suferă de sângerări gingivale, iar 32,3% în mediul urban și 44,9% în mediul rural de parodontită. 18,2% dintre adulții din mediul urban și 18,9% dintre cei din mediul rural ajung să sufere de infecții dentare ce reprezintă urgențe medicale.

Apariția cariilor este pusă mai degrabă pe seama alimentației de participanții la studiu:

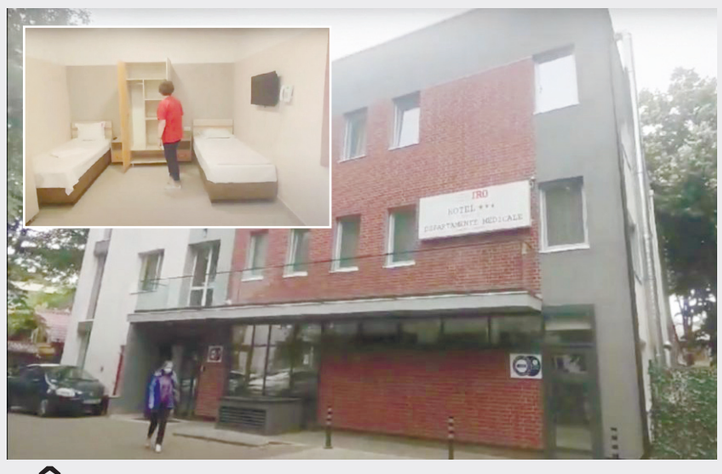
- 43% consideră vinovate alimentele dulci
- 41% consideră vinovate băuturile carbogazoase
- Doar 39% dintre participanții la studiu consideră cariile rezultatul igienei orale deficitare.

56% dintre respondenții la studiu afirmă că se spală pe dinți de două ori pe zi. Medicii stomatologi spun însă că simplu periaj nu este suficient pentru o bună iginenă orală. 70% dintre participanții la studiu recunosc că nu folosesc ața dentară, periuțele interdentare sau dușul/irigatorul bucal.

Afecțiunile stomatologice, cea mai frecventă patologie cronică

Afecțiunile stomatologice reprezintă cea mai frecventă patologie cronică la nivel mondial, afectând circa 3,5 miliarde de persoane de-a lungul vieții (45% din populația globului), ceea ce reprezintă mai mult decât cazurile însumate de boli mintale, cardiovasculare, diabet zaharat, boli respiratorii cronice și cancere, afirmă **dr. Florin Dan Cezar Lăzărescu**, președintele Colegiului Medicilor Stomatologi din România.

„Studiul de față și-a propus să estimeze cât mai exact prevalența principalelor afecțiuni din sfera orală în rândul populației din România și constituie o premieră în țara noastră atât datorită acoperirii naționale cât și completării datelor culese pe bază de chestionar cu realizarea de examene clinice. Rezultatele obținute vor fi utile în ghidarea viitoarelor inițiative și campanii de comunicare referitoare la sănătatea orală, la îmbunătățirea politicilor de sănătate publică din domeniul stomatologic, pentru a răspunde mai bine la nevoile populației privind educația, prevenția și tratamentul precum și la fundamentarea alocării adecvate a fondurilor de către CNAS pentru serviciile stomatologice“, mai spune președintele Colegiului Medicilor Stomatologi.



Încă de la înființare, hotelul IRO Iași a oferit cazare gratuită pentru 4.000 pacienți din întreaga țară

Aproape 4.000 de pacienți oncologici din Moldova, Constanța, București, Hunedoara, Caraș-Severin etc. au beneficiat, în ultimii opt ani, de cazare gratuită la hotelul Institutului Regional de Oncologie (IRO) Iași. Aceasta este prima unitate medicală din țară care oferă cazare pentru proprii pacienți.

Clădirea hotelului, cu o suprafață de 1450 de metri pătrați, are trei niveluri supraterane, respectiv parter, etajele 1 și 2 și două subterane, etajele -1 și -2. Pacienții oncologici din zonele îndepărtate, care nu pot face zilnic naveta pentru tratament la Iași, sunt informați de medicul curant despre posibilitatea cazării la hotelul IRO pe durata tratamentului.

Persoanele aflate departe de casă pot sta la hotelul IRO pe durata ședințelor de radioterapie prescrise de medicul radioterapeut. Hotelul, deschis în mai 2016 special pentru pacienții oncologici, elimină necesitatea navetei zilnice sau a căutării unei chirii în Iași. Cele 70 de camere, situate la etajele 1 și 2, sunt dotate cu unul, două sau trei paturi, toaletă proprie, televizor, frigider și mobilier de hotel. Fiecare etaj dispune de o sală de mese cu bucătărie, iar personalul medical este prezent 24 de ore din 24. Hotelul este situat în cartierul Tătărași, pe strada Ion Creangă, nr. 5.

Un pacient poate sta și șapte săptămâni

„Noi le oferim cazare gratuită, iar hrana și-o asigură ei. Când au programate ședințele de radioterapie sunt chemați telefonic să coboare cu liftul în buncărul de la -2, iar apoi urcă în camere. Acum sunt ocupate 57 din cele 70 de camere ale hotelului. Stau aici în funcție de numărul de zile de terapie prescris de medic, de la minimum 5 zile și până la 7 săptămâni“, a explicat o angajată.

Buncărul din subteran, unde se află cel mai nou accelerator de particule din institut folosit în radioterapie, a fost deschis în octombrie 2022, tocmai pentru ca pacienții cazați la hotelul IRO să poată beneficia de tratament pe loc, fără să se deplaseze la Institutul Regional de Oncologie din Copou și înapoi. Investiția în aparatură depășește 10 milioane de lei și a fost asigurată din fonduri de la Banca Mondială, prin Ministerul Sănătății.

„Sunt aici de două săptămâni. Fac radioterapie pentru cancer de col uterin. Este bine că nu trebuie să fac naveta până la Iași și înapoi. Am pensia mică și nu îmi ajung banii. Sunt condiții foarte bune aici. Este totul nou, foarte curat și personal amabil“, a spus o pacientă de 59 de ani din Dorohoi, județul Botoșani.

De la începutul acestui an, Institutul Regional de Oncologie a înregistrat 1086 de noi pacienți diagnosticați cu diverse forme de cancer. În 2023, IRO a înregistrat un total de 2398 de noi cazuri de cancer, dintre care cele mai frecvente au fost cancerul bronhopulmonar, cu 428 de pacienți, cancerul colorectal, cu 396 de pacienți, cancerul mamar, cu 380 de pacienți, și cancerul de prostată, cu 210 pacienți.

Anul trecut erau în evidența IRO 17.721 de persoane cu diferite forme de cancer, 10.603 fiind femei, cu 841 mai multe decât în 2022. Statisticile arată că din totalul pacienților rămași în evidența IRO, cei mai mulți au cancer mamar, respectiv 3973, urmat de cancerul colorectal cu 3159 de pacienți și cel de prostată cu 1810 de pacienți. **(Ancuța POPA)**

Dezechilibru major - 6 milioane de români plătesc asigurare de sănătate însă 19 milioane beneficiază

România se apropie, în acest an, de 6 milioane de plătitori de asigurări de sănătate, dar numărul de beneficiari este de 19 milioane. Cifrele au fost prezentate recent de Carmen Orban, consilier pe probleme de sănătate al premierului Marcel Ciolacu, la Forumul Național al Asociațiilor de Pacienți, eveniment relatat de portalul HotNews.ro. Așadar, din 3 români care pot accesa servicii medicale, doar unul plăteste contribuția de 10% la asigurarea de sănătate. Cine sunt însă cei 13 milioane de români care nu plătesc, dar beneficiază de servicii?

Neoficial, în lumea medicală se vorbește insistent, de cel puțin un an, despre o regândire din temelii a sistemului public de asigurări de sănătate. Multă lume se așteaptă la schimbări majore începând de anul viitor, după alegerile prezidențiale și parlamentare. Dacă va fi vorba despre creșterea contribuției pentru cei care deja plătesc sau despre o extindere a numărului de persoane care contribuie, nimeni nu poate spune în acest moment.

Limitarea diferenței dintre numărul de contributori și beneficiari?

România a decis să își finanțeze sistemul de sănătate printr-o schemă de asigurări sociale de sănătate, care presupune ***„solidaritate în constituirea și utilizarea fondurilor“***. Respectiva schemă pare însă, în momentul de față, că nu mai face față adecvat nevoilor în ceea ce privește acoperirea serviciilor de sănătate pentru populație, explica, în trecut, într-un dialog cu HotNews, **dr. Adrian Pană**, expert în politici publice și management sanitar. Țara noastră oferă, în acest moment, un pachet foarte extins de servicii medicale incluse în sistemul public de asigurări de sănătate. Numai că accesul la ele există, de multe ori, doar pe hârtie, spune expertul. Principala cauză este lipsa banilor. ***„Un sistem de asigurări sociale de sănătate în care avem nu foarte mulți contributori, dar foarte multe persoane care au nevoie de servicii de sănătate – în special persoanele care nu contribuie la asigurările sociale de sănătate și pentru care nici statul nu contribuie cu partea pe care acestea ar trebui să o plătească – se dezechilibrează și este normal să se dezechilibreze“***, arăta Adrian Pană.

O decizie politică

„În momentul de față, știți că noi avem diferite categorii de persoane care sunt exceptate de la plată, sunt instituții care plătesc contribuțiile în diferite proporții – unii plătesc suma totală, iar alții nimic. Eficientizarea sistemului de asigurări de sănătate ar presupune să limităm diferența existentă în acest moment între numărul de persoane care contribuie și cele care beneficiază de servicii de sănătate. Dar, poate surprinzător, și ceva ce pentru mulți ar putea fi o veste proastă: «subțierea» pachetului de servicii oferite în acest moment, finanțarea de către stat doar a celor esențiale și «transferul» unora dintre servicii pe un pachet de asigurări complementare de sănătate“, mai spunea expertul Adrian Pană. Iar decizia aceasta este una complicată, sublinia Adrian Pană. De ce? Pentru că este, în primul rând, o decizie politică. ***„Chiar dacă decidentul tehnic, expertul, ar preciza cu subiect și predicat care sunt categoriile care ar trebui să contribuie, decidentul politic este întotdeauna cel care decide că o anumită categorie este scutită, motivând această decizie. Dar, când face acest lucru, ar trebui să fie conștient că acea categorie nu e doar scutită de plată, ci există o instituție, o entitate care acoperă cu respectiva sumă de bani contribuția categoriei care este exceptată de la plată.“***

CNAS nu are bani pentru ultimul trimestru al acestui an

Sistemul de asigurări de sănătate din România are probleme de finanțare tot mai mari: anul trecut, bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate s-a terminat încă din perioada august-septembrie, fiind apoi cârpit periodic cu sume alocate din Fondul de rezervă al Guvernului. Numeroase spitale au intrat în anul 2024 cu datorii rostogolite de luni de zile către furnizori, inclusiv arierate. Pe finalul anului 2023 și în prima parte a acestui an, tot mai mulți medici și manageri de spitale, de obicei rezervați în declarații de acest fel, au început să vorbească deschis despre faptul că spitalele sunt nevoite să amâne operații care nu reprezintă urgențe sau să trimită pacienții și aparținătorii să cumpere singuri medicamente și diverse materiale sanitare.

În noiembrie 2023, Andrei Baciu, președintele CNAS la acea vreme, declara public că instituția ceruse în acea lună 4,2 miliarde lei, dar primise doar 1,7 miliarde lei din Fondul de rezervă. În spatele cifrelor seci se ascund adevărate drame: oameni care nu își mai găsesc cu lunile tratamentul compensat în farmacii, nu îl mai primesc din spitale sau nu mai au acces la analize și servicii medicale decât cu bani din buzunar. Bani pe care unii dintre ei nu îi au. **Valeria Herdea**, actualul președinte al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, dă asigurări că CNAS este, în acest moment, la zi cu plățile către furnizori: spitale, clinici, cabinete medicale, laboratoare de analize sau farmacii. În luna aprilie însă, Valeria Herdea făcea o declarație îngrijorătoare: CNAS are fonduri doar pentru primele nouă luni ale anului, nefiind acoperit ultimul trimestru. Practic, la fel ca anul trecut. La finalul lunii mai, la insistențele presei, Valeria Herdea declara că ***„avem promisiunea fermă că acest an se va termina cu demnitate“***. Herdea își pune speranțele într-o rectificare bugetară la finalul trimestrului III sau începutul trimestrului IV. Rectificare bugetară care, anul trecut, nu a venit. În acest context, se pune problema cât timp va mai putea funcționa sistemul de asigurări de sănătate în actuala formulă.

Ce spune legea: cine este asigurat fără să plătească?

Sistemul public de asigurări de sănătate din România este reglementat de Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și de Codul Fiscal. În prezent, contribuția de 10% la asigurarea de sănătate este datorată de persoanele care realizează venituri din salarii sau asimilate salariilor + alte venituri impozabile: venituri din activități independente, activități din agricultură, silvicultură, piscicultură, cedarea folosinței bunurilor, venituri din proprietate intelectuală etc. Există și categorii de venituri exceptate, pentru care nu se datorează CASS, precum: unele drepturi bănești acordate prin lege, drepturile bănești din șomaj sau protecție socială etc. În cei 18 ani de existență, Legea sănătății 95/2006 a fost actualizată de nenumărate ori, devenind una dintre cele mai amendate legi din România. În anul 2006, la momentul intrării sale în vigoare, contribuția la asigurările de sănătate era de 6,5%. În plus, la acel moment existau 15 categorii de persoane asigurate fără plata contribuției. Astăzi vorbim despre 20 de astfel de categorii.

Cele 20 de categorii de asigurați fără plata contribuției la sistemul public de asigurări de sănătate în prezent, conform Legii sănătății nr. 95/2006, în condițiile prevăzute de Codul Fiscal:

1. Copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenici sau studenți, studenții-doctoranzi care desfășoară activități didactice, potrivit contractului de studii de doctorat, în limita a 4 – 6 ore convenționale didactice pe săptămână, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști; (prevazuti in forma initiala ca persoane care satisfac serviciul militar cu plata din alte surse)
2. Tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului;
3. Soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;
4. Persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, prin Ordonanța Guvernului nr. 105/1999 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 din motive etnice, republicată, cu modificările și completările ulterioare, prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, republicată, cu modificările și completările ulterioare, prin Legea nr. 309/2002 privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950 – 1961, cu modificările și completările ulterioare, precum și persoanele prevăzute în Legea recunoștinței pentru victoria Revoluției Române din Decembrie 1989, pentru revolta muncitorească anticomunistă de la Brașov din noiembrie 1987 și pentru revolta muncitorească anticomunistă din Valea Jiului – Lupeni – august 1977 nr. 341/2004, cu modificările și completările ulterioare, pentru drepturile bănești acordate de aceste legi;
5. Persoanele cu handicap, pentru veniturile obținute în baza Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
6. Bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni; pentru serviciile medicale aferente bolii de bază a respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse;
7. Femeile însărcinate și lăuzele – pentru servicii medicale legate de evoluția sarcinii, iar cele care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară, pentru toate serviciile medicale;
8. Persoanele fizice care se află în concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, acordate în urma unor accidente de muncă sau a unor boli profesionale, precum și cele care se află în concedii medicale acordate potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare;
9. Persoanele care se află în concediu de acomodare, potrivit Legii nr. 273/2004 privind procedura adopției, republicată, în concediu pentru creșterea copilului potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 111/2010 privind concediul și indemnizația lunară pentru creșterea copiilor, aprobată cu modificări prin Legea nr. 132/2011, cu modificările și completările ulterioare;
10. Persoanele care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv în unitățile penitenciare, persoanele care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, persoanele care se află în executarea unei măsuri educative privative de libertate, precum și persoanele care se află în perioada de amânare sau de întrerupere a executării pedepsei privative de libertate;
11. Persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj sau, după caz, de alte drepturi de protecție socială care se acordă din bugetul asigurărilor pentru șomaj, potrivit legii;
12. Persoanele reținute, arestate sau deținute care se află în centrele de reținere și arestare preventive – dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse,, străinii aflați în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității și sunt cazați în centrele special amenajate potrivit legii;
13. Persoanele fizice care beneficiază de ajutor social potrivit Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare;
14. Persoanele fizice care au calitatea de pensionari, pentru veniturile din pensii (pana la 4.000 lei/lunar), precum și pentru veniturile realizate din drepturi de proprietate intelectuală;
15. Persoanele fizice cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 900 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri;
16. Persoanele cetățeni români, care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni;
17. Personalul monahal al cultelor recunoscute, aflat în evidența Secretariatului de Stat pentru Culte;
18. Voluntarii care își desfășoară activitatea în cadrul serviciilor de urgență voluntare, în baza contractului de voluntariat, pe perioada participării la intervenții de urgență sau a pregătirii în vederea participării la acestea, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 88/2001 privind înființarea, organizarea și funcționarea serviciilor publice comunitare pentru situații de urgență, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 363/2002, cu modificările și completările ulterioare;
19. Prestatorii casnici care utilizează și preschimbă în bani, potrivit legii, cel puțin 85 de tichete de activități casnice, lunar;
20. Donatorii de celule stem hematopoietice care au donat pentru un pacient neînrudit sau înrudit, pentru o perioadă de 10 ani de la donare – sunt identificați ca fiind compatibili cu un pacient neînrudit sau înrudit, pentru evaluarea medicală finală în vederea donării, donare și monitorizarea postdonare, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse.

Studentă donatoare: „Îi doresc primitoarei o însănătoșire grabnică“

Cei care doresc să doneze celule stem se pot înscrie în Registrul Donatorilor Iași

Registrul Național al Donatorilor Voluntari de Celule Stem Hematopoietice oferă oportunitatea oamenilor de a face o faptă bună. Persoanele sănătoase cu vârste cuprinse între 18 și 45 de ani se pot înscrie în registru după ce primesc o informare completă despre donarea de celule stem. Acestea vor completa un set de formulare în care își exprimă decizia de a deveni donator de celule stem hematopoietice.

Ancuța POPA

Ori de câte ori un pacient cu cancer de sânge sau o altă boală hematologică severă are nevoie de un transplant de celule stem hematopoietice, se va căuta în registrul realizat cu ocazia acestei campanii, precum și în registrele din întreaga lume, o persoană compatibilă genetic cu acel pacient. Dacă sunteți perechea sa, veți fi contactat și vi se va cere să donați, cu condiția să fiți sănătos și să doriți în continuare să faceți acest lucru. Este foarte important să vă actualizați datele de contact, pentru a putea fi găsit atunci când este necesar.

Înscrierea se poate face online, la un Centru al Donatorilor de Celule Stem Hematopoietice sau prin contactarea organizatorilor campaniei, care te vor programa la un centru de donare. Persoanele care doresc să facă parte din acest program vor fi consultate și li se vor recolta 15 ml de sânge pentru analize gratuite. Aceste analize includ determinarea grupei sanguine și a Rh-ului, testarea pentru boli infecțioase transmisibile și determinarea profilului HLA. Dacă rezultatele analizelor sunt favorabile, persoana respectivă va primi o scrisoare de confirmare pentru înscrierea în registru.

Ana-Maria, studentă la medicină, este al 51-lea donator de celule stem hematopoietice din registru. Ea a declarat că se simte onorată că ***„a donat o șansă la viață“***, alături de o echipă de medici și asistenți bine pregătiți, care i-au transformat emoțiile în gânduri pozitive. ***„Îi doresc primitoarei o însănătoșire grabnică și sper din suflet ca celulele donate de mine să îi poată reda sensul vieții. Deși este un proces mai complex, îi încurajez pe toți cei care au disponibilitatea și dorința de a ajuta să îl urmeze“***, a declarat Ana-Maria.

Nouă din zece persoane donează celule stem hematopoietice prin sânge, într-un proces simplu numit colectare de celule stem din sânge periferic. Unul din zece donatori donează celule stem hematopoietice colectate din măduva osoasă, sub anestezie generală. De asemenea, donatorii de până acum au avut doar experiențe pozitive. Deși injecțiile cu factor de creștere pot provoca simptome asemănătoare gripei, acestea sunt, de obicei, ușoare și durează doar câteva zile, putând fi ameliorate ușor cu paracetamol.

În fiecare an, mii de copii și adulți din întreaga lume sunt diagnosticați cu cancere de sânge precum leucemii, limfoame, mieloame sau alte boli grave ale țesutului sanguin și/sau ale sistemului imunitar, care, netratate, sunt mortale. Pentru mulți dintre aceștia, transplantul de celule stem hematopoietice de la un donator înrudit sau neînrudit este singura șansă de supraviețuire. Donatorii sunt căutați mai întâi printre frații și surorile pacientului, însă doar în 25% din cazuri există compatibilitate între aceștia. În celelalte cazuri, pacienții au nevoie de un donator compatibil neînrudit. Șansele de a găsi o persoană compatibilă sunt mai mari în cadrul aceleiași grupe populaționale sau regiuni geografice de origine a pacientului. De aceea, majoritatea țărilor din lume și-au creat registre de donatori voluntari de celule stem hematopoietice. În prezent, la nivel mondial, există milioane de donatori voluntari înregistrați.

În Iași, Centrul donatorilor de celule stem hematopoietice se află în cadrul Institutul Regional de Oncologie, Str.Henri Mathias Berthelot nr. 2-4, iar a finalul lunii mai, sute de ieșeni s-au înscris voluntar în baza Centrului Donatorilor de Celule Stem Hematopoietice din cadrul Institutului Regional de Oncologie Iași, partener al Registrul Național al Donatorilor Voluntari de Celule Stem Hematopoietice.

Ana-Maria, studentă la medicină la Iași, este al 51-lea donator de celule stem hematopoietice din registru

Sancțiuni de până la 20.000 de lei pentru unitățile sanitare care nu au grijă la răspândirea infecțiilor nosocomiale

Cătălin HOPULELE

O modificare importantă a legii va afecta toate centrele de paliație în țară, cât și personalul medical care le deservește. „Ziarul de Sănătate“ a scris încă de săptămâna trecută despre dificultățile din aceste secții și despre cum funcționează locurile în care oamenii merg să își petreacă ultimele clipe din viață. Conform 360medical.ro, Parlamentul a modificat legea aflată în vigoare din 2021, care vizează prevenirea, diagnosticarea și tratamentul infecțiilor asociate asistenței medicale din unitățile medicale și azile. Modificările vizează extinderea prevederilor legii și asupra centrelor de îngrijire paliativă, dar și introducerea de amenzi pentru unitățile și personalul care nu respectă măsurile de prevenție obligatorii.

Din ianuarie 2024 a început organizarea, la nivel național, de cursuri de formare a asistenților medicali pentru prevenirea infecțiilor nosocomiale. Acum, aceste modificări afectează atât centrele de îngrijiri paliative publice, cât și pe cele private, din România.

„Prezenta lege reglementează cadrul general pentru prevenirea, diagnosticarea și tratamentul infecțiilor asociate asistenței medicale, cu scopul de a crește nivelul de siguranță a pacienților internați în unitățile sanitare publice sau private, precum și a persoanelor asistate din instituțiile medico-sociale și de îngrijiri paliative, de stat sau private“, se menționează în noua formă a legii, citată de 360medical.ro.

Practic, legea spune că prevenirea și controlul acestor tipuri de infecții este o obligație a autorităților administrației publice centrale și locale, a rețelelor de unități sanitare private, a personalului medical și auxiliar al acestor unități, precum și a pacienților și persoanelor care accesează unitățile respective.

Modificările importante vizează sancțiunile care pot fi îndreptate împotriva acestor persoane. Dacă în 2021, legea spune că neîndeplinirea măsurilor de protecție atrage sancționarea persoanelor identificate drept vinovate, fără nimic mai concret, în noua formă se menționează că dacă măsurile nu sunt respectate, vor fi aplicate sancțiuni de tip amendă de la 10.000 de lei la 20.000 de lei pentru persoanele juridice și de la 5.000 la 10.000 de lei pentru persoanele fizice.

În mod concret, toate unitățile medicale au primit 24 de luni pentru a organiza saloanele funcționale, respectând noile prevedere legislate, iar Guvernul este așteptat să adopte în perioada următoare normele de aplicare.

Ce complicații aduce boala hemoroidală?

În general, boala hemoroidală evoluează pe parcursul unor perioade lungi din viața pacienților cu episoade de acutizare și perioade de acalmie.

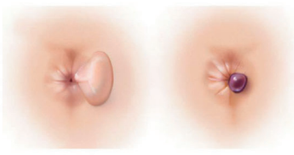
În cursul acutizărilor simptomatologia specifică se amplifică, se pot supraadăuga alte afecțiuni din sfera proctologică (fisuri anale, abcese perianale, etc.) sau survin **complicații ale bolii hemoroidale**.

Acestea pot consta în:

- tromboza hemoroidală survine atunci când, datorită mișcării de exteriorizare - reintegrare a unui pachet hemoroidal, **sângele din interiorul acestuia se coagulează**, cu apariția unui cheag aderent la peretele venos care declanșează o cascada de fenomene inflamatorii.

Consecinţa este mărirea în volum a acelui hemoroid care devine foarte dureros şi deseori sângerează. Tratamentul constă în **administrarea de medicamente venotonice**, **aplicarea locală de creme** sau supozitoare, **băi locale** la temperatura corpului și, uneori, **intervenții chirurgicale minore** pentru îndepărtarea cheagului.

Toate acestea pot fi eficiente doar împreună cu schimbarea stilului de viaţă şi îmbunătățirea tranzitului intestinal.

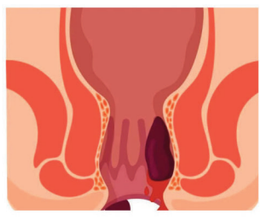


- o situație particulară o reprezintă **prolapsul hemoroidal încarcerat** care survine în urma exteriorizării acute a tuturor celor trei pachete hemoroidale ce nu se mai pot reintegra, urmată de tromboza acestora.

În această situație alimentarea cu sânge a hemoroizilor este afectată, riscul cel mai mare fiind **necrozarea** lor, motiv pentru care intervenția chirurgicală în urgenţă este necesară.

- anemia consecutivă sângerărilor repetate din pachetele hemoroidale poate duce la scăderea până la **valori remarcabil de mici ale hemoglobinei** responsabile de oboseala permanentă pe care o acuză pacientul.

Pe lângă o **dietă corespunzătoare** şi **suplimentarea cu fier** sunt necesare explorări suplimentare care să excludă alte cauze ce pot provoca sau pot contribui la apariţia anemiei.



Deşi, în general, niciuna dintre aceste complicaţii nu ameninţă viaţa, amploarea simptomatologiei reclamă tratament medical sau chirurgical, după caz, ce are drept scop ameliorarea suferinţei şi restabilirea cât mai rapidă a stării de sănătate a pacientului.

Dr. Gabriela CANSCHI
Medic primar
chirurgie generală
Spitalul Clinic CF Iaşi

După negocierile din 2023, medicamentele depășesc toate recordurile la scumpiri: 24% doar în acest an

Cătălin HOPULELE

După negocierile care au avut loc pe parcursul ultimilor ani și de la corectarea prețurilor de anul trecut în CANAMED, registrul național care indexează toate prețurile medicamentelor din țară, aceste produse au înregistrat cea mai mare creștere a prețurilor din toate cele aflate în indexarea institutelor de statistică. Conform 360medical.ro, este vorba de în special de o scumpire și de o creștere a prețurilor la produsele care anterior erau ieftine, pentru care s-a aprobat o indexare suplimentară cu până la 14%. Acestea erau și produsele în cazul cărora asociațiile de producători de medicamente au solicitat permisiunea de a crește prețurile, pentru că scumpirea materiei brute, în ansamblu, a dus în unele cazuri ca prețul de producție să fie egal sau mai mic decât cel de vânzare.

Institutul Național de Statistică a evaluat perioada mai 2023 – mai 2024, cu actualizarea de prețuri fiind realizată la nivelul lui august 2023, și a concluzionat că prețurile medicamentelor a luat cel mai mare avans din ultimele decenii.

„Astfel, în luna mai 2024, prețurile medicamentelor au crescut în România cu 0,12%, în medie, față de luna precedentă și cu 24,15% față de luna mai 2023, arată datele INS. Procentul este mult mai mare decât rata medie a inflației în perioada mai 2023 – mai 2024, de doar 5,1%. Datele oficiale arată că medicamentele au fost categoria de produse care a înregistrat cea mai mare creștere a prețurilor între mai 2023 și mai 2024, pe următoarele locuri fiind detergenții (creștere medie a prețurilor de 23,7% între mai 2023 și mai 2024) și articolele medicale (20,5%)“, a menționat INS, citat de 360medical.ro.

INS precizează că, dacă includ și serviciile, pe lângă produse, medicamentele au înregistrat a doua cea mai mare creștere a prețurilor în ultimul an, după serviciile poștale (26,57%). Creșterea prețurilor medicamentelor, în ansamblu, este un fenomen care se înregistrează din 2022, treptat, fiind creșteri record atât în urmă cu un an, cât și cu doi. În 2024, rata anuală de creștere a prețurilor acestor produse a fost de 24%.

Modificarea legislativă din 2023 prevedea că ***„prețurile de producător maximale ale medicamentelor care urmează să fie aprobate și care au o valoare mai mică de 25 lei pot fi indexate cu 14%, iar cele cu o valoare cuprinsă în intervalul 25 lei – 49,99 lei pot fi indexate cu 7%“***. Indexarea este aplicată și prețurilor medicamentelor generice, biosimilare sau inovative care constituie referință pentru medicamentele respective.

Campanie în școli pentru a prezenta elevilor efectele nocive ale fumatului

Ancuța POPA

Direcția de Sănătate Publică Iași, prin Colectivul Programe de Promovare a Sănătății din cadrul Compartimentului de Evaluare și Promovare a Sănătății, a desfășurat în luna mai, cu ocazia Săptămânii de Luptă Împotriva Cancerului și a Zilei Mondiale fără Tutun, acțiuni de informare, educare și comunicare la Școala Postliceală Sanitară Grigore Ghica Vodă, Școala Gimnazială Ștefan Bârsănescu, Grădinițele cu Program Prelungit Nr. 4, 8 și 10, și la Inspectoratul Școlar Județean Iași. Astfel, în perioada menționată, au fost efectuate determinări ale monoxidului de carbon din aerul exhalat la fumători și determinări VRP (Vârsta Reală a Plămânilor), precum și prezentări de filme tematice și distribuiri de materiale informative.

„La nivel național, promotorii sănătății fac demersuri pentru schimbarea comportamentelor populației, prin adoptarea unui stil de viață sănătos, ca alternativă la fumat. Creșterea nivelului de informare, educare și conștientizare a tinerilor cu privire la riscurile consumului de tutun, sensibilizarea persoanelor care fumează să renunțe la fumat, precum și educarea populației în ansamblu, reprezintă modalități accesibile de prevenție a consumului de tutun“, a transmis Direcția de Sănătatea Publică Iași.

Organizația Mondială a Sănătății consideră că toate formele de consum de tutun sunt nocive, inclusiv țigările electronice, produsele încălzite fără ardere și tutunul fără fum. În calitate de organizații care lucrează în domeniul sănătății plămânilor, recomandările European Respiratory Society (ERS) și ale European Lung Foundation (ELF) sunt următoarele: ***„Plămânii umani sunt creați pentru a respira aer curat, nu toxine și substanțe cancerigene, iar corpul uman nu este menit să depindă de medicamente care pot da dependență. ERS și ELF nu pot recomanda un produs dăunător pentru plămâni și sănătatea umană“***.

Incitantă discuție cu cele mai autorizate voci nocive: cum ne influențează viața? Când cele

Infecție cu microbi, cu bacterii? Ia antibiotic! Da, e corect, și pare simplu: bacteriile se combat cu antibiotic. În termeni medicali, însă, lucrurile sunt mult mai complexe. Pentru că nu toate bacteriile din organism sunt nocive. Ce ne facem cu bacteriile „bune“ din corp, bacterii care ajută la bunul mers al lucrurilor din punct de vedere fiziologic? Antibioticul nu știe să aleagă. Un lucru este cert: deși există mii de tipuri de bacterii, doar câteva din acestea provoacă boli la om. Iar unele foarte grave. Cum procedăm? Cum ne ferim de bacteriile care ne infectează cu boli? Cum ne tratăm corect dacă ne-am infectat? Care sunt cele mai răspândite bacterii și ce boli dau acestea? Cum să evităm să ne transformăm organismul într-un „bastion“ al microbilor ce nu mai poate fi atacat eficient de niciun antibiotic? Iată câteva întrebări la care dosarul jurnalistic de astăzi din Ziarul De Sănătate, dedicat bacteriilor, încearcă să ofere răspunsuri pertinente! Am consultat mai mulți specialiști de top din mediul medical ieșean, iar explicațiile acestora sunt pe măsura expertizei și experienței lor clinice.

„Poate pătrunde în organism prin consumul de apă sau de alimente contaminate, dar se poate transmite și de la o persoană la alta prin intermediul salivei sau prin materiile fecale“, este caracterizarea uneia dintre bacteriile ce afectează mai mult de jumătate din populație.

Unul din specialiștii consultați trage un serios semnal de alarmă - Nu puțini pacienți ajung la sepsis din cauză că s-au tratat ani de zile cu antibiotice luate „după ureche“. Iar România este, din nefericire, campioană europeană la consumul de antibiotice.

Șefa Colegiului Farmaciștilor Iași are și o explicație inedită pentru consumul mare de antibiotice: „Spațiul virtual e plin de soluții minune cu antibiotice“.

O amplă analiză despre bacterii și bolile date de acestea, dar și despre modalități eficiente de apărare și de combatere, în dosarul jurnalistic tematic de mai jos.

Cum ne influențează bacteriile viața? Despre bacterii bune și bacterii nocive. Pe unde pătrund în organism și cum ne apărăm?

Ina DUMITRESCU

Bacteriile sunt microorganisme pe care le găsim peste tot. Ele sunt în apă, sol, plante, animale și inclusiv în corpul nostru. Deși există bacterii bune, aflate în sistemul nostru digestiv, de exemplu, și care ne ajută la buna funcționare a organismului, nu trebuie să uităm de microorganismele care pot provoca diverse boli.

Medicii avertizează că orice bacterie poate fi periculoasă, în anumite condiții care deprimă imunitatea și care fac ca organismul să răspundă inadecvat. Aceste situații sunt reprezentate de cancere, boli autoimune, boli hepatice sau renale.

Dr. Egidia Miftode

Porți de intrare pentru bacterii

Prof. univ. dr. Egidia Miftode, șefa disciplinei Boli Infecțioase de la Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa“ din Iași, medic primar boli infecțioase și șef de secție la Spitalul Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva“ Iași, explică faptul că, în funcție de categoria de pacienți și de factorii de risc la care sunt expuși, se poate vorbi de infecții medii și severe.

„Penetrarea barierelor și accesul bacteriilor către interiorul tesuturilor se poate face pe mai multe căi: prin intermediul leziunilor tegumentare, pe cale conjunctivală, pe cale digestivă, respiratorie, urinară sau genitală. De exemplu Staphylococcus aureus are de regulă tegumentul ca poartă de intrare, la Escherichia coli poarta de intrare este tractul genito-urinar, iar în cazul infecțiilor de spital sunt frecvent implicate Klebsiella, Acinetobacter și Pseudomonas. Bacteriile cu rol benefic sunt cele care populează suprafața mucoaselor în mod obișnuit, la persoane sănătoase. Acestea pot fi ușor îndepărtate prin utilizarea de antibiotice, care le distrug și lasă zone libere care vor fi ocupate rapid de populații bacteriene cu rol nociv, de tipul Clostridioides difficile“, spune specialistul.

Printre factorii de risc enumerați de prof.univ.dr. Egidia Miftode sunt vârstele extreme, neoplaziile, infecția HIV, bolile autoimune, cele hepatice, renale, neurologice, pacienții tratați cu medicamente de tipul corticosteroizilor, chimioterapicelor cu medicație biologică sau orice breșă creată odată cu o intervenție chirurgicală sau o manevră invazivă de diagnostic ori terapeutică.

Opțiuni terapeutice limitate până la zero

Organizația Mondială a Sănătății și întreaga comunitate medicală atrage atenția asupra unor bacterii care provoacă boli severe, au capacitatea de a persista în mediu, de a se răspândi și de a prezenta rezistență la antibiotice. În aceste condiții, optiunile terapeutice sunt limitate până la zero. Vorbim de Acinetobacter, Pseudomonas, Klebsiella pneumoniae și Escherichia coli, Staphylococcus aureus sau Enterococcus, bacterii care sunt rezistente și la antibiotice cu spectru larg, de rezervă.

Specialiștii explică această rezistență prin utilizarea pe scară largă a antibioticelor, chiar și atunci când acestea nu reprezintă tratamentul adecvat. Ca urmare a consumului exagerat de antibiotice Comisia Europeană a declarat rezistența la antimicrobiene drept una din cele trei amenințări prioritare la adresa sănătății. Statisticile arată că rezistența la antibiotice este cauza a peste 35.000 de decese în fiecare an în Uniunea Europeană și în Spațiul Economic European.

România, un loc fruntaș în topul rezistenței la antibiotice

„Rezistența la antibiotic poate fi naturală, adică există dintotdeauna în bacterie, sau dobândită. În această ultimă situație, rezistența este fie transmisă de la alte bacterii cu care vine în contact prin structuri specifice care transferă rezistența, fie prin mutații genetice care survin atunci când în mediul lor sunt expuse la un pericol de tipul antibioticelor. Deci, prezența antibioticelor va determina o presiune de selecție a mutantelor rezistente, asfel încât tratamentele antimicrobiene vor fi din ce în ce mai limitate sau inexistente, situație cu care deja ne confruntăm, România având un loc fruntaș în topul rezistenței la antibiotic“, spune profesorul Egidia Miftode.

Sepsisul, afecțiune care pune viața în pericol

Medicul ieșean afirmă că sunt pacienți care ajung în spital și sunt diagnosticați cu sepsis, o infecție severă determinată atât de bacterii banale, din flora proprie, cât și de bacterii patogene, care nu există în organismul uman în mod obișnuit. Aceștia pot fi pacienți cu organisme fragile, cu intervenții chirurgicale, manevre invazive, persoane imobilizate la pat sau cu sondele urinare. Există însă și persoane fără alte afecțiuni imunodeprimante care pot dezvolta un sepsis dacă neglijează o infecție banală, care se poate agrava în lipsa unei medicații adecvate.

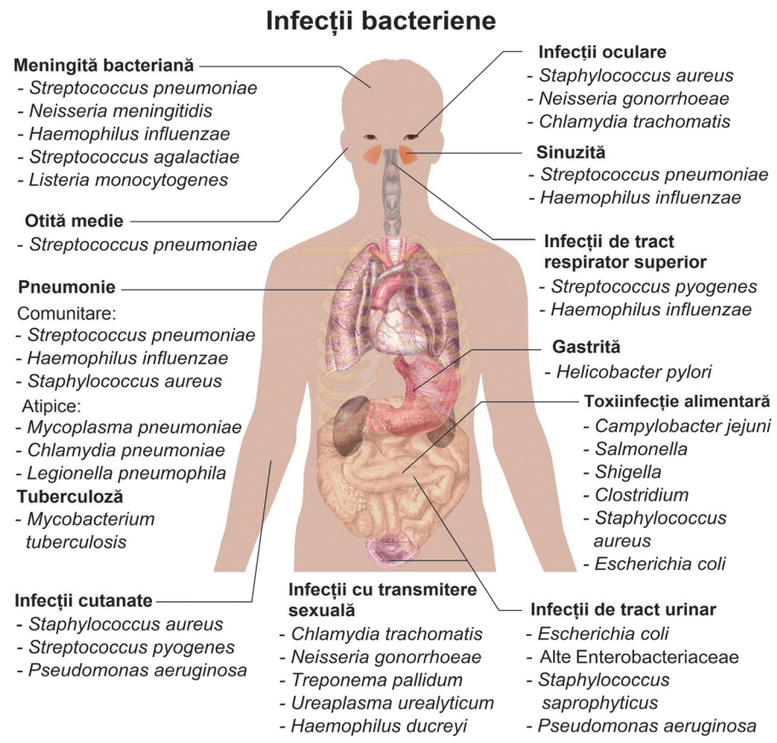
Unii dintre pacienții ajunși în spital sunt descoperiți de către medici cu o rezistență la antibiotice. Pentru aceștia situația se complică. Pot exista cazuri, spune prof.dr. Egidia Miftode, în care să nu fie alte opțiuni de tratament dacă pacientul este rezistent la toată gama de antibiotice. Există însă o serie de antibiotice care se găsesc doar în spitale tocmai pentru a limita asemenea situații.

„Sunt substanțe care sunt păstrate de rezervă, pot fi administrate doar la recomandarea și sub observația unui medic specialist, și care, dacă sunt administrate inadecvat, așa cum s-a procedat cu multe dintre antibioticele uzuale, bacteriile vor deveni rezistente și nu vor mai funcționa atunci când va fi nevoie“, punctează profesorul Egidia Miftode. ***„Ne confruntăm cu cazuri de vârstnici fără aparținători, la care îngrijirea escarelor, a sondelor, a imobilizării la pat este defectuoasă, persoane cu afectiuni neurologice (paralizii), cu boli oncologice la care invazia și diseminarea microorganismelor este frecventă și care răspund greu sau deloc la tratamente“.***

Febră, confuzie, convulsii, comă, hipotensiune, dispnee, manifestări legate de un anumit organ precum rinichi, ficat, cord sunt câteva dintre simptome. Există trei stadii ale sepsisului. Este vorba de sepsis, sepsis sever și șoc septic. Prof.univ.dr Egidia Miftode atrage atenția asupra faptului că pacientul trebuie internat de urgență, diagnosticat și tratat cât mai precoce pentru a avea șanse de vindecare.

Ani de zile, cu costuri foarte mari

Ca urmare a rezistenței crescute la antibiotice, cercetătorii încearcă să descopere noi terapii. ***„Sunt în curs de apariție asocieri de molecule în cadrul unui antibiotic, astfel încât să se reușească depășirea mai multor mecanisme de rezistență, dar nu există un antibiotic ideal. Bacteriile au resurse inepuizabile și găsesc calea de a supraviețui chiar și în prezența celor mai noi, sofisticate și costisitoare antibiotice existente“***, concluzionează prof.univ.dr. Egidia Miftode.



Helicobacter pylori: cea mai răspândită infecție gastrointestinală. Dezbatere cu unul din cei mai cunoscuți medici specialiști din Iași

Ina DUMITRESCU

Helicobacter pylori determină una dintre cele mai răspândite infecţii la om, frecvenţa acesteia variind între 50-80%. Este o specie microbiană cu formă curbă sau spirală, adaptată la mediul acid, şi care colonizează mucoasa stomacului sau a duodenului. Am discutat despre aceasta, pe larg, cu dr. Oana Timofte, medic primar gastroenterolog la Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie din Iași.

Bacteria Helicobacter pylori reduce nivelul de aciditate din stomac pentru a supraviețui. Atunci când Helicobacter pylori penetrează mucoasa gastrică, aceasta nu mai poate să ofere stomacului protecție, pentru că celulele sistemului de apărare a organismului nu mai pot ajunge la bacterie să o elimine. Astfel, acidul ajunge la pereții stomacului, unde produce leziuni dureroase ale acestuia.

Helicobacter pylori, Premiul Nobel pentru Medicină

Bacteria a fost descoperită în anii '80 de cercetătorii australieni Barry Marshall și Robin Warren. Cei doi au primit în anul 2005 Premiul Nobel pentru Medicină pentru descoperirea Helicobacter pylori și a rolului său în gastrită și ulcerul peptic.

Dr. Oana Timofte este medic primar gastroenterolog la Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie din Iași, calitate în care diagnostichează zilnic pacienți cu infecții cauzate de Helicobacter pylori. Medicul spune că, în 50% din cazuri, infecția nu produce simptome. Când se manifestă, pacientul poate acuza durere în partea superioară a abdomenului, balonare, senzația de prea plin după cantități mici de alimente, greață, vărsături sau lipsa poftei de mâncare. În unele cazuri, manifestările pot fi expresia unor complicații, cum ar fi sângerările gastrointestinale.

„Bacteria Helicobacter pylori poate pătrunde în organism prin consumul de apă sau de alimente contaminate, dar se poate transmite și de la o persoană la alta prin intermediul salivei sau prin materiile fecale. De exemplu, dacă cineva infectat nu se spală pe mâini după utilizarea toaletei, poate contacta bacteria. Infectarea cu Helicobacter Pylori este însă favorizată și de condițiile precare de trai precum lipsa accesului la surse de apă curentă potabilă, lipsa condițiilor igienice în mediul de viață, convieţuirea alături de o persoană infectată sau împărțirea unui spațiu restrâns de către mai mulți oameni“, explică gastroenterologul.

Medicul avertizează că, nedescoperită și netratată la timp, infecția cu Helicobacter pylori poate evolua spre tulburări digestive și complicații precum gastrita, ulcerul gastric sau, în cazuri mai rare, cancerul de stomac. Poate provoca și diverse complicații precum sângerări digestive, obstrucție (alimentele sunt blocate și nu pot ieși din stomac), perforare (ulcerul perforează peretele stomacului și ulterior apare peritonita). În cazul cancerului de stomac primele manifestări sunt sub formă de dureri perisistente, urmând ca, odată cu evoluția sa, să apară și alte simptome precum o lipsă a apetitului, dureri sau greață, scădere în greutate.

Cum se stabilește diagnosticul?

Pentru diagnosticul infectiei cu Helicobacter pylori se folosesc o serie de teste noninvazive, dar și invazive. ***„Cele noninvazive se referă la testarea antigenică dintr-o probă prelevată din materiile fecale, apoi testul de sânge pentru determinarea anticorpilor anti Helicobacter pylori. Acesta are însă o sensibilitate scăzută. Poate fi aplicat doar persoanelor care nu au urmat niciodată un tratament împotriva infecției cu Helicobacter pylori, sau poate fi recomandat în condiții speciale, cum ar fi în cazul ulcerelor complicate cu hemoragii. Nu în ultimul rând, se folosește testul respirator, care presupune ca pacientul să sufle într-un dispozitiv după ce a înghițit un lichid pe bază de uree. În funcție de respirația acestuia, dispozitivul va detecta instant prezența sau absența bacteriei“***, punctează dr. Oana Timofte. Referindu-se la testele invazive de diagnostic specialistul spune că acestea înseamnă prelevarea unei biopsii din mucoasa stomacului, manevră care se efectuează de către medicul gastroenterolog cu ocazia endoscopiei digestive superioare. Fragmentul va fi apoi analizat de medicul anatomopatolog sau se poate realiza testul rapid al ureazei.

Endoscopia digestivă superioară în diagnostic

Evaluarea endoscopică, deși invazivă, este un test necesar pentru a diagnostica precoce complicațiile. În cazul hemoragiilor este utilă, prin aplicarea unor tehnici speciale în tratament, pentru a opri sângerarea. Este indicată de asemenea pacienților cu vârsta de peste 45 ani și celor cu manifestări clinice de alarmă precum scăderea în greutate, dificultatea la înghițire, prezența anemiei și a sângerărilor gastrointestinale.

Testarea eficienței terapiei

„Terapia infecției cu Helicobacter pylori include medicamente ce scad secreția gastrică acidă și diferite tipuri de antibiotice, care se administrează timp de 10-14 zile. Pentru ca șansele de vindecare a infecției să fie maxime, este foarte importantă urmărirea instrucțiunilor legate de administrarea medicamentelor și informarea medicului în legatură cu orice reacție adversă apărută. Tratamentul este urmat de o testare a eficienței eradicării, fie prin test respirator, fie prin testarea antigenică din materii fecale efectuată la 6-8 săptămâni de la încheierea terapiei. În situațiile în care testele arată persistența infecției după tratament, se impune o terapie de linia a II-a“, punctează dr. Oana Timofte.

Pentru a preveni infectarea cu Helicobacter pylori este important să respectăm normele de igienă, precum spălarea mâinilor de fiecare dată după ce folosirea toaletei, dar și înainte de a pregăti mâncarea sau de a lua masa. De asemenea, alimentele să fie păstrate în condiții optime și să fie gătite corect.

Dr. Oana Timofte

ale Iașului medical. Bacterii bune, bacterii care ne ajută ne devin dușmani de moarte?

Excesul de antibiotice și creșterea rezistenței bacteriilor

Șefa Colegiului Farmaciștilor Iași: „Spațiul virtual e plin de soluții minune cu antibiotice“

Ina DUMITRESCU

Românii erau obișnuiți să vină adesea la farmacie și să solicite un antibiotic pentru a se trata. Au aflat de medicamentul pe care doreau să îl cumpere de la un vecin care l-a folosit, au citit pe internet despre antibioticul respectiv sau le-a fost recomandat de o rudă. Astfel, s-a ajuns la un consum exagerat de antibiotice, de multe ori fără recomandări medicale, fapt care a dus la apariția unor bacterii puternice care și-au dezvoltat mecanisme de apărare împotriva terapiilor actuale.

Denumite „superbugs“, adică bacterii cu un nivel ridicat de rezistență la antibiotice, termenul a ajuns să fie utilizat tot mai frecvent de specialiști. „Superbugs“ pot cauza infecții severe în care antibioticele nu au efect și se poate ajunge în unele cazuri până la deces.

România, locul 3 în Europa în ceea ce privește consumul de antibiotice

Statisticile actuale arată faptul că România ocupă locul 3 în Europa în ceea ce privește consumul de antibiotice cu spectru larg alături de exacerbarea fenomenului de rezistență la antimicrobiene. ***„Am ajuns aici pentru că nu există o sursă de informare științifică și corectă pentru pacienți. Spațiul virtual este plin de soluții terapeutice în care antibioticele sunt cheia succesului pentru multe afecțiuni. Cu siguranță raportările au inclus și perioada în care ne-am luptat cu infecția cu SARS-COV2. Să nu uităm că atunci, toți eram dispuși să încercăm orice și ne-am aprovizionat cu multe medicamente dintre care antibioticele precum azitromicina, claritromicina, doxiciclina nu au lipsit“***, punctează **Gabriela Tătărîngă**, președintele Colegiului Farmaciștilor Iași. Reprezentantul farmaciștilor spune că și în timpul celor trei campanii organizate la Iași pentru colectarea deșeurilor medicamentoase s-a constatat faptul că oamenii au adus și antibiotice, ceea ce înseamnă fie că nu au urmat corect tratamentul prescris de medic, fie că au avut acasă acele produse farmaceutice pentru o situație ipotetică, dar pe care nu le-au utilizat.

Reguli clare și un sistem eficient de urmărire a prescrierii

Specialiștii trag un semnal de alarmă asupra faptului că această creștere a rezistenței bacteriilor din cauza excesului de antibiotice a devenit una dintre cele mai grave probleme de sănătate publică. Din acest motiv Ministerul Sănătății a emis la începutul acestui an Ordinul 63 care se referă la reglementarea metodologiei de monitorizare a prescrierii și eliberării la nivel național a medicamentelor din categoria antibiotice și angifungice de uz sistemic. ***„Acest ordin arată preocuparea și îngrijorarea specialiștilor din domeniul sănătății cu privire la rezistența la antimicrobiene și consumul de antibiotice în țara noastră. Cred că era nevoie de acest ordin pentru a reduce consumul nejustificat și necorespunzător de antibiotice. În plus s-au conturat reguli mai clare și un sistem mai eficient de urmărire a prescrierii și eliberării antibioticelor“***, subliniază președintele Colegiului Farmaciștilor Iași.

Gabriela Tătărîngă

Gabriela Tătărîngă spune că la începutul anului, când a apărut ordinul, a existat o perioadă destul de confuză, în sensul în care informația nu a fost complet și corect înțeleasă în comunitate. Farmaciștii s-au conformat repede schimbărilor, transmițînd noile reglementări atât pacienților, dar și medicilor, concomitent cu adaptarea sistemul informatic propriu de gestiune în vederea respectării prevederilor legale pentru a putea raporta toate eliberările de substanțe antimicrobiene.

A scăzut cererea de antibiotice la farmacii

„Din discuțiile cu colegii mei farmaciști am aflat că acum sunt cu mult mai puține solicitări din partea pacienților pentru eliberarea de antimicrobiene la cerere. În prezent, eliberarea produselor farmaceutice care au ca substanțe active antimicrobiene se face pe baza prescripțiilor eliberate de către medici. Astfel, conform noilor reglementări există posibilitatea ca farmaciștii să poată elibera anumite antibiotice și antifungice de uz sistemic în lipsa unei prescripții medicale, în cantitatea maximă aferentă dozei pentru 48 de ore, doză calculată în acord cu modul de administrare prevăzut în rezumatul caracteristicilor produsului“.

Gabriela Tătărîngă atenționează însă că această posibilitate nu este o obligație a farmacistului, acesta putând decide dacă este oportună eliberarea antibioticului, cu respectarea procedurii de eliberare a medicamentelor în regim de urgență din cadrul regulilor de bună practică farmaceutică.

Bacteriile care dau infecții urinare, printre cele mai frecvente. Conf.dr. Ionuț Nistor - Cum le depistăm și cum ne păzim de ele?

Cătălin HOPULELE

Din suita infecțiilor bacteriene, cele care afectează tractul urinar sunt unele dintre care ne vom întâlni, cu siguranță, pe parcursul vieții. Conform specialiștilor, Eschericia coli (E. coli) este bacteria care dă cel mai mult de furcă medicilor nefrologi. Spre exemplu, la Spitalul „Dr. C. I. Parhon“ din Iași, până în 20% dintre cazurile sunt reprezentate de această infecție, iar într-o gardă la Urologie este una dintre cele mai frecvente complicații care are nevoie de tratament de urgență.

„Cele mai frecvente cazuri de infecții urinare pe care le vedem sunt date de E. coli, atunci când vorbim de tractul urinar. Este o bacterie care trăiește și o găsim în mod obișnuit în intestin, în organismul uman, și devine patologică atunci când se regăsește în urină într-o cantitate care, pentru un pacient obișnuit, depășește 100 de unități“, a declarat **conf.dr. Ionuț Nistor**, medic primar nefrolog în cadrul unității medicale.

Este o infecție care este relativ ușor de diagnosticat și de recunoscut. Dincolo de analizele de specialitate de laborator, se remarcă prin manifestarea de dureri și usturimi la urinat, urinări frecvente, iar în momentul în care apare și o afectare a rinichilor vorbim și de pielonefrită. Aceasta din urmă dă și simptome mai generale, precum greață, vărsături, febră, febră înaltă și stare generală sever influențată. În cazurile cele mai grave pot apărea complicații severe, precum o septicemie.

„Chiar ieri am avut internată o pacientă de 20 de ani cu sarcină de 18 săptămâni, se consideră infecție complicată fiindcă poate afecta atât mama, cât și fătul, iar supravegherea trebuie să fie mai strictă. Ca tratament necesar se administrează intravenos perfuzii, antispastice, inclusiv antibiotice care nu afectează fătul“, a punctat conf.dr. Ionuț Nistor.

Infecții simple, dublate de germenii rezistenți

Nu toate cazurile de infecții urinare se tratează la spital, a explicat acesta. Majoritatea, depistate la timp, se rezolvă la medicul de familie sau la medicul de medicină internă, care poate da un tratament care să țină boala sub control atunci când este depistată de la primele simptome. La Parhon ajung, de regulă, situațiile în care pacienții au suferit complicații sau au multi patologii, care au complicații urologice, care pot duce la evoluții nefericite. De regulă la spital ajung extremele de vârstă: pacienții tineri și pacienții bătrâni.

Dar și unitatea medicală din Copou se confruntă cu una dintre cele mai complicate „boli“ ale sistemului medical: tratarea pacienților care au dezvoltat rezistentă la antibiotice. Fie prin faptul că au fost expuși de-a lungul vieții la tratament cu antibiotice pentru diferitele patologii pe care le-au avut, fie pentru că au luat un germene deja-rezistent la tratamentele clasice. Săptămâna trecută, la unitatea medicală, a fost internată o femeie de peste 80 de ani care suferea de o complicație severă: calcule coraliforme la nivelul rinichilor.

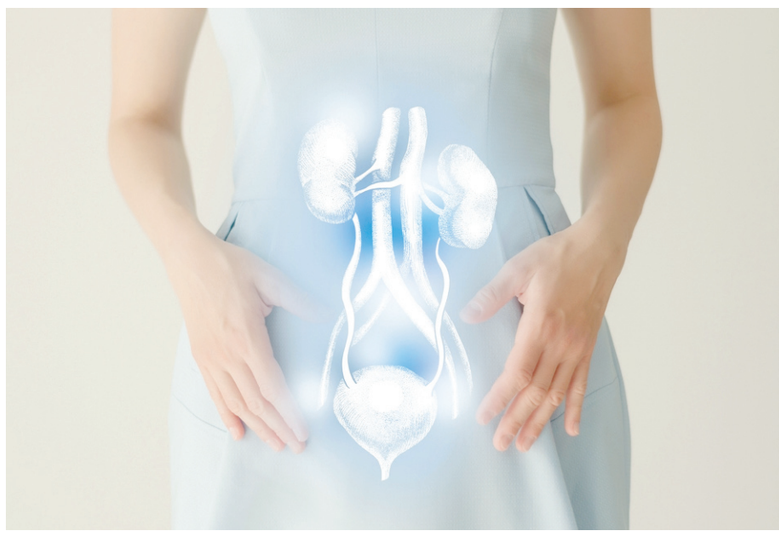
Aceștia sunt o formă de calculi aproape giganți care acoperă aproape integral organul și care dau și unele infecții cu nevoie de drenaj printr-o sondă specială. Doamna respectivă aveam rezistență la toate antibioticele din farmacie spitalului, așa cum au reliefat analizele efectuate, cu excepția unuia singur, care se folosește și el în situații rare, tocmai pentru a nu genera rezistență suplimentară la pacienți, dar și pentru că dă unele efecte adverse mai severe.

„Germenele multidrog rezistent este din păcate o realitate a spitalelor românești“

„Această complicație asociată din start cu infecții are nevoie de intervenție chirurgicală care la rândul ei este asociată de riscul cu infecție. Germenele multidrog rezistent este din păcate o realitatea a spitalelor românești, din păcate există pacienți care prezintă astfel de infecții, iar în zona noastră, la specificul asociat infecțiilor de tract urinar, este vorba de o bacterie multidrog rezistentă sensibilă la un singur antibiotic. L-am oferit doamnei, este un procedeu și un protocol special de aprobare a utilizării fiindcă îl dăm doar în condiții speciale și unde se întrunesc mai multe condiții. Ne întâlnim cu astfel de cazuri la nivelul spitalului, sunt câteva într-o lună“, a precizat conf.dr. Ionuț Nistor.

Dr. Ionuț Nistor

Acesta a mai punctat și faptul că una dintre lecțiile învățate din pandemie vizează și raportarea acestor infecții: conform unei proceduri generalizate, stabilită prin ordin de ministru, pacienții care sunt astfel depistați sunt raportați către DSP, care trimite la rândul ei situația la Ministerul Sănătății. Scopul este apoi identificarea potențialei surse: dacă e spitalul unde pacientul a fost internat, dacă e din alt spital sau nu. Pacienții sunt abordați diferit, se formează o comisie medicală la care participă, printre alții, și un epidemiolog. ***„Situația este mult mai bine reglementată acum decât înainte de pandemie“***, a precizat conf.dr. Ionuț Nistor.



„Germenele multidrog rezistent este din păcate o realitatea a spitalelor românești. Este vorba de o bacterie multidrog rezistentă sensibilă la un singur antibiotic“, a precizat conf.dr. Ionuț Nistor, de la Spitalul „I.C. Parhon“.

Toxina botulinică: tratament folosit în unele afecțiuni oculare. Dr. Călina-Anda Sandu: „O manevră ușor de făcut. E o boală ce produce traume majore pacientului“

Ina DUMITRESCU

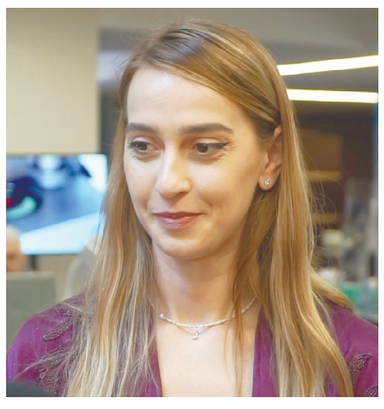
De câte ori auzim de botox sau toxină botulinică ne gândim la riduri mai puțin vizibile. În zilele noastre, însă, toxina botulinică înseamnă mai mult de atât. Descoperită în anii 1820, toxina botulinică a fost folosită pentru prima data în scop medical, în oftalmologie, în cazuri de strabism, de către dr.Alan Scott din SUA.

Cea mai cunoscută injecție din lume utilizată în tratamentul strabismului

Injecțiile cu toxină botulinică acționează prin slăbirea sau paralizarea temporară a unor mușchi sau prin blocarea actiunii anumitor nervi. Există foarte multe boli care pot fi tratate prin injectarea acestei toxine.

Dr. Călina-Anda Sandu, medic specialist oftalmolog, explică faptul că, după injectare, toxina botulinică împiedică pentru o perioadă de câteva luni contracțiile musculare. Terapia poate fi folosită pentru tratarea strabismului sau în cazul în care pacientul nu vrea să se opereze sau are contraindicații(de exemplu în entropion, afecțiune oculară în care pleoapa se inversează și se îndreaptă către interior).

„Este o manevră ușor de făcut care îi dă pacientului un confort prin relaxarea musculaturii afectate de strabism. Folosim toxina botulinică și în tratarea blefarospasmului, boală care produce traume majore pacientului. Acesta clipește foarte des și are tendința să stea cu ochii strânși. Dezvoltă un tic care poate atrage atenția, iar pacientul se izolează. Este un spasm necontrolat al musculaturii atât striate cât și netede, iar prin injectarea toxinei musculatura se relaxează, redând aspectul normal al pleoapelor“, arată dr. Călina-Anda Sandu.



Dr. Călina-Anda Sandu

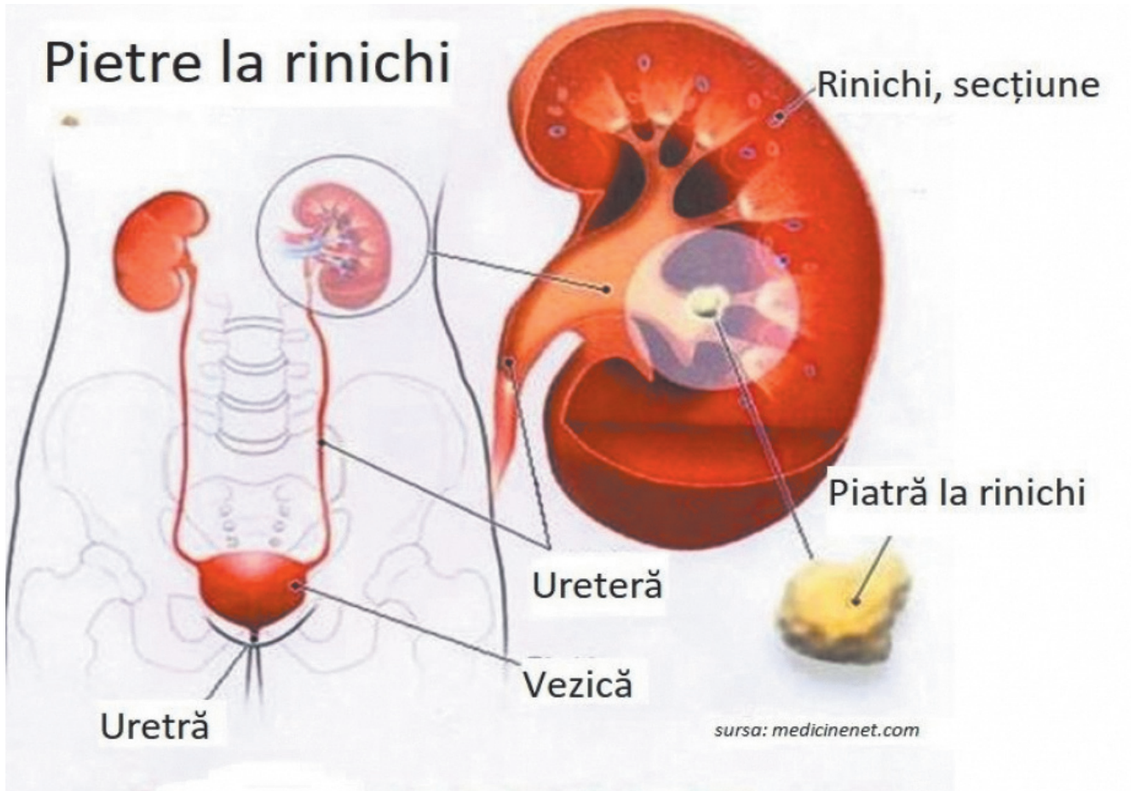
Tratamentul trebuie repetat pentru a ține afecțiunile sub control

Medicul oftalmolog atenționează însă că nu este suficientă o singură injectare cu toxină botulinică. Efectul nu durează decât 3-4 luni. Din acest motiv trebuie refăcute injectările.

„Niciodată nu recomandăm ca injectările să fie făcute mai devreme de 3 luni, dar nici să treacă o perioadă de 6 luni până când tratamentul se repetă. Indicațiile sunt valabile atât pentru blefasospasm cât și pentru strabism“, atenționează oftalmologul.

Dacă pacientului i se injectează toxina botulinică la fiecare 4 luni, musculature devine din ce în ce mai relaxată, astfel încât deviația de la o injectare la alta, chiar dacă efectul trece, este din ce în ce mai mică pentru că apare o ușoară atrofie musculară.

Casa de Asigurări de Sănătate nu decontează deocamdată folosirea toxinei botulinice în afecțiunile oculare.



Complicație rară a unui calcul renal de mici dimensiuni, tratată la Arcadia

Dr. Cătălin Constandache, medic primar Urologie, Arcadia: **Ruptura spontană a sistemului pielocaliceal renal** este o condiție rară, non-traumatică, uneori dificil de diagnosticat. **Cea mai frecventă cauză este migrarea unui calcul la nivelul ureterului,** care este de obicei de mici dimensiuni, dar rugos și care asociază spasm important la nivel ureteral. Poate fi întâlnită și în tumorile ureterale obstructive, fibroza retroperitoneală, sarcină, retenția acută de urină.

Un **pacient în vârstă de 45 de ani,** fără istoric medical urologic, s-a adresat Spitalului Arcadia pentru **dureri lombare drepte cu caracter colicativ de aproximativ 24 de ore, însoțite de manifestări digestive (vărsături), fără a prezenta simptome urinare.** În momentul examinării pacientului, acesta era asimptomatic de aproximativ 3 ore, iar manifestările digestive se remiseseră, astfel încât **tabloul clinic era cel al unui calcul ureteral eliminat spontan în orele precedente. Evaluarea imagistică ecografică abdominală a identificat la nivelul rinichiului drept distensie pielocaliceală de gradul I și aspect ușor infiltrat al ureterului lombar,** motiv pentru care pacientul a fost îndrumat către efectuarea unui examen computer-tomografic abdomino-pelvin cu substanță de contrast în urgență.

Examenul computer-tomografic efectuat după câteva ore de la examinare a obiectivat **prezența unui calcul de 3 mm la nivelul ureterului pelvin drept,** în vecinătatea vezicii urinare, fără distensia sistemului pieloureteral în amonte, dar cu **identificarea unei colecții situate în jurul rinichiului și a ureterului, cu o grosime de 17 mm și care părea a comunica cu sistemul pielocaliceal printr-o breșă la nivelul tijei anterioare a grupului caliceal superior,** și care s-a opacifiat cu substanța de contrast în timpul excretor al examinării. Această complicație a unui calcul ureteral de mici dimensiuni reprezintă o **urgență chirurgicală întrucât netratată poate determina septicemie cu șoc septic, insuficiență renală sau chiar formarea unui abces perirenal ce necesită drenaj percutanat.**

Din punct de vedere biologic, pacientul prezenta leucocitoză asociată cu neutrofilie, precum și retenție azotată ușoară, dar care obiectiva un grad de afectare renală.

S-a intervenit în urgență în cazul pacientului, realizându-se sub anestezie generală inserția unui cateter ureteral autostatic pielovezical, cu depășirea obstacolului litiazic ureteral pelvin, precum și drenajul vezicii urinare cu o sondă Foley 16Ch timp de 48 de ore, astfel încât presiunea la nivelul rinichiului să fie minimă, cu evitarea refluxului vezico-renal favorizat de prezența stentului autostatic.

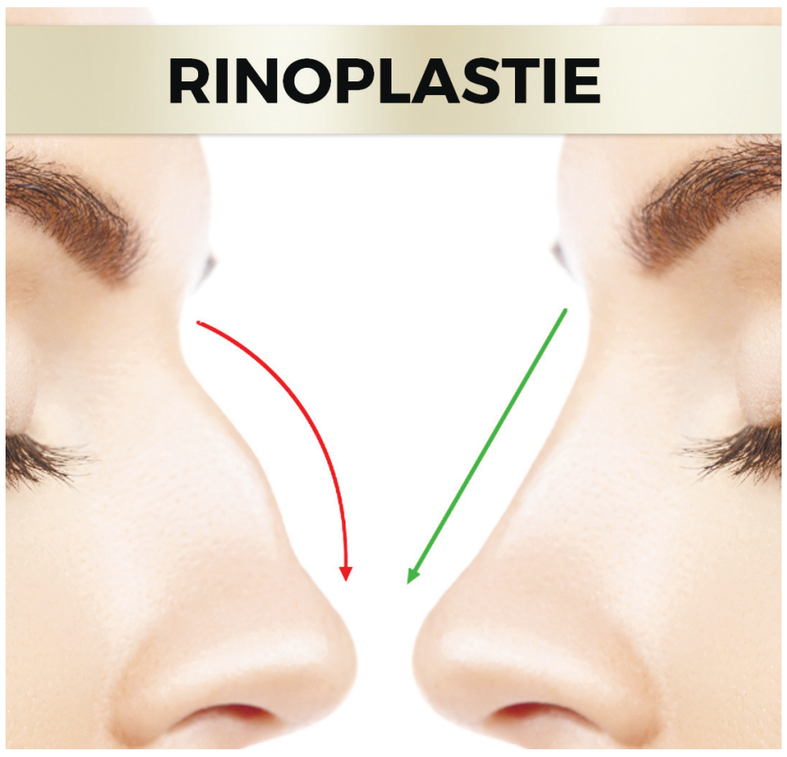
Evoluția pacientului a fost una favorabilă, cu normalizarea parametrilor biologici după circa 24 de ore și externare în a treia zi după intervenția chirurgicală. Stentul ureteral autostatic a fost suprimat printr-o procedură simplă în ambulatoriu – cistoscopie flexibilă, după aproximativ 6 săptămâni, perioadă care a permis închiderea breșei de la nivelul rinichiului, precum și eliminarea calculului ureteral de mici dimensiuni.

Pentru programarea unui consult urologic, pacienții au la dispoziție numărul de telefon **0232 920, Call Center Arcadia.** www.arcadiamedical.ro

Rinoplastia poate corecta „defectele” funcționale și estetice ale nasului

***Mariana Popa, Iași**: „Am 24 de ani și, mai în glumă mai în serios, pe lângă multele calități pe care le-am moștenit de la tatăl meu, am moștenit și forma nasului său care este cam mare la bază și puțin curbat. Acum, că am terminat școala și am serviciu, am decis să fac o operație care să corecteze acest aspect mai puțin estetic. Deși sunt hotărâtă să fac acest pas, motiv pentru care am citit multe informații în acest sens, m-ar ajuta o „consultație virtuală“, în care să înțeleg cum decurge o astfel de operație“.*

Dr. Andrei Lazăr, medic primar Chirurgie plastică, estetică și reconstructivă: „Înțeleg că vă deranjează forma nasului dumneavoastră. Ar fi important de știut și cum respirați. Pentru că, de exemplu, sunt paciente care se plâng că atunci când aleargă și trag aer pe nas, li se „lipesc“ nările. Este vorba de cele care au o oarecare deformare în C a piramidei nazale deci, probabil, și o deviatie de sept, motiv pentru care respiră mai greu pe una dintre nări. Această deviație poate fi însoțită și de un sindrom de valvă (alipirea nărilor la inspir forțat), care se datorează cartilajelor prea delicate ale narinelor, care nu reușesc să țină nările deschise.



După ce se stabilesc aceste detalii funcționale se fac fotografii din față și din profil pentru a stabili corecțiile estetice. Este important de știut că dimensiunile și forma nasului sunt dictate de raporturile sale cu ansamblul feței și sunt riguros proporționate ca lungimi și unghiuri. Ieșirea din aceste canoane duce la rezultate disproporționate și stigmatul de „nas operat“.

Înainte de operație se face un set de investigații. De asemenea, trebuie menționat dacă suferiți de vreo afecțiune, dacă ați mai avut operații, accidente, orice de-a lungul întregii vieți sau dacă luați vreo medicație.

Apoi, se face o rino-septoplastie primară deschisă sub anestezie generală. „Deschisă“ înseamnă că veți avea o incizie de 3 mm pe pielea columelei, adică structura care separă cele două narine. Aceasta se va vindeca aproape fără urmă. Restul inciziilor se fac prin nas și sunt complet ascunse. Tehnică care permite chirurgului să ridice aproape complet pielea de pe nas și să acționeze mai ușor asupra scheletului osos și cartilaginos al nasului pentru a îndrepta „cocoașa“, să apropie oasele proprii pentru a obține o bază și un dorsum mai subțiri, precum și un acces mai bun asupra septului cartilaginos pentru a-l putea îndrepta. În același timp, se vor preleva grefe din sept pentru a dubla cartilajele narinelor, pentru a le menține deschise în inspirul forțat.

La sfârșitul intervenției veți avea două meșe în nas, pentru a-i menține forma în primele 3-4 zile, precum și un mulaj ghipsat, tot în acest scop, dar și ca protecție împotriva eventualelor traumatisme, în primele 9 zile după intervenție.

Veți avea vânătăi la ochi, mai mari sau mai mici, dar care vor dispărea în primele 2 săptămâni postoperator. Edemul va diminua cam 80%, în primele 3 săptămâni, dar va dispărea complet cam la un an. Respirația va fi îmbunătățită imediat după operație și va fi și mai ușoară după circa 6 săptămâni.

Multe paciente mă întreabă dacă operația se face cu laser. Vă pot spune că asta este o legendă. Nicăieri în lume rinoplastia nu se face cu laser-ul chirurgical. Se folosesc instrumente de tăiat sau de pilit osul, cu acționare electrică sau manuală, dar precizia este dată tot de mâna chirurgului.

Rinoplastia este una dintre cele mai complicate intervenții din chirurgia estetică care a beneficiat de cele mai multe îmbunătățiri în ultimii 15 ani. Dacă, în urmă cu 15 ani, o rinoplastie închisă dura 45 de minute - 1 oră, acum o rinoplastie deschisă poate dura și 4 ore, în cazurile mai dificile. Asta nu înseamnă că în cazurile simple nu se mai fac și rinoplastii închise, fără acea tăietură pe columelă.

Multe paciente îmi spun că le este foarte frică de durere. Nu în timpul operației, ci după aceea. Și asta este o legendă. Această operație nu doare deloc în perioada postoperatorie. Da, este neplăcut, pentru că pacienta este nevoită să respire pe gură în primele 3 zile, dar acesta este singurul disconfort.

Pacienta rămâne internată peste noapte, iar a doua zi va fi externată, explicându-i-se și conduita ulterioară, inclusiv un tratament pentru 5 zile.

Viața socială, inclusiv reîntoacerea la serviciu, o puteți relua după îndepărtarea ghipsului și estomparea vânătăilor de la ochi. După 2 săptămâni de la operație, chiar dacă mai persistă urme ale vânătăilor, le puteți acoperi ușor cu fond de ten.

O ultimă mențiune care, însă, este extrem de importantă. Dacă sunteți fumătoare, trebuie să renunțați la țigări cu 3 săptămâni înainte de operație și minimum 6 săptămâni după operație. Este foarte important să respectați această cerință deoarece fumatul dăunează procesului de cicatrizare“.

Substanțele nutritive care pot încetini îmbătrânirea creierului

Un nou studiu a identificat anumite modele de biomarker nutrienți, care sunt promițătoare și au asocieri favorabile cu măsurile de performanță cognitivă și de sănătate a creierului.

Oamenii de știință studiază de mult timp creierul cu scopul de a ajuta la o îmbătrânire mai sănătoasă. În timp ce se cunosc multe despre factorii de risc pentru îmbătrânirea accelerată a creierului, s-au descoperit mai puține modalități de identificare a căilor de prevenire a declinului cognitiv.

Există dovezi că nutriția contează, iar un nou studiu publicat în revista npj Aging, realizat de Centrul pentru creier, biologie și comportament al universităților americane Nebraska-Lincoln și Universitatea Illinois din Urbana-Champaign (UIUC) semnalează în continuare modul în care nutrienții specifici pot juca un rol esențial în îmbătrânirea sănătoasă a creierului.

Echipa de oameni de știință, condusă de Aron Barbey, director al Centrului pentru creier, biologie și comportament, împreună cu Jisheng Wu, doctorand la Nebraska, și Christopher Zwilling, cercetător științific la UIUC, a realizat studiul multimodal - combinând inovațiile de ultimă oră în neuroștiință și știința nutriției - și a identificat un profil nutritiv specific la participanții care au avut performanțe cognitive mai bune.

Studiul transversal a inclus 100 de participanți sănătoși din punct de vedere cognitiv, cu vârste cuprinse între 65 și 75 de ani.

Acești participanți au completat un chestionar cu informații demografice, măsurători corporale și activitate fizică.

Plasma sanguină a fost colectată după o perioadă de post pentru a analiza biomarkerii nutritivi.

De asemenea, participanții au fost supuși unor evaluări cognitive și scanări RMN.

Eforturile au scos la iveală două tipuri de îmbătrânire cerebrală în rândul participanților - accelerată și mai lentă decât se așteptau cercetătorii.

Cei cu o îmbătrânire cerebrală mai lentă aveau un profil nutritiv distinct.

Biomarkerii nutrienți benefici din sânge au fost o combinație de acizi grași (acizi vaccenici, gondoici, alfa-linolenici, elcosapentaenoici, eicosadienoici și lignocerici); antioxidanți și carotenoizi, inclusiv cis-luteină, trans-luteină și zeaxantină; două forme de vitamina E și colină.

Acest profil este corelat cu nutrienții care se găsesc în dieta mediteraneană, pe care cercetările au asociat-o anterior cu îmbătrânirea sănătoasă a creierului.

„Am investigat biomarkeri nutritivi specifici, cum ar fi profilurile de acizi grași, cunoscuți în știința nutrițională pentru a oferi potențial beneficii pentru sănătate. Acest lucru se aliniază cu volumul extins de cercetări din domeniu care demonstrează efectele pozitive asupra sănătății ale dietei mediteraneene, care pune accentul pe alimentele bogate în acești nutrienți benefici“, a declarat **prof. Aron Barbey**.

El a remarcat că cercetările anterioare privind nutriția și îmbătrânirea creierului s-au bazat în principal pe chestionare de frecvență alimentară, care depind de propria memorie a participanților.

Recentul studiu este unul dintre primele și cel mai mare care combină imagistica cerebrală, biomarkeri din sânge și evaluări cognitive validate.

„Aspectul unic al studiului nostru constă în abordarea sa cuprinzătoare, integrând date privind nutriția, funcția cognitivă și imagistica cerebrală“, a precizat prof. Barbey.

„Acest lucru ne permite să construim o înțelegere mai solidă a relației dintre acești factori. Trecem dincolo de simpla măsurare a performanțelor cognitive cu ajutorul testelor neuropsihologice tradiționale“, a explicat cercetătorul.

„Examinăm simultan structura, funcția și metabolismul creierului, demonstrând o legătură directă între aceste proprietăți ale creierului și abilitățile cognitive. Mai mult, arătăm că aceste proprietăți ale creierului sunt direct legate de dietă și nutriție, așa cum reiese din modelele observate în biomarkerii nutritivi“, a precizat acesta.

Cercetătorii vor continua să exploreze acest profil de nutrienți în legătură cu îmbătrânirea sănătoasă a creierului.

Ei spun că este posibil ca, în viitor, descoperirile să ajute la dezvoltarea unor terapii și intervenții pentru a promova sănătatea creierului.

„Un pas următor important implică efectuarea de studii controlate randomizate. În aceste studii, vom izola nutrienții specifici cu asocieri favorabile cu funcția cognitivă și sănătatea creierului și îi vom administra sub formă de nutraceutice“, a precizat prof. Barbey.

„Acest lucru ne va permite să evaluăm definitiv dacă o creștere a nivelurilor acestor profiluri specifice de nutrienți duce la îmbunătățiri ale performanțelor la testele cognitive și în măsurătorile structurii, funcției și metabolismului creierului“, a explicat cercetătorul american.

Un dispozitiv ar putea ajuta persoanele paralizate să-și recapete parțial utilizarea mâinilor

Peste 40 de persoane care suferă de paralizie de la gât în jos și-au recăpătat controlul parțial al brațelor și mâinilor datorită unui dispozitiv relativ simplu de utilizat, potrivit unui studiu internațional de amploare.

Studiul oferă speranța că acest dispozitiv neinvaziv ar putea ajuta persoanele cu leziuni ale coloanei vertebrale să își recupereze folosirea mâinilor.

Dispozitivul, dezvoltat de firma elvețiană de tehnologie medicală Onward, livrează un curent electric prin intermediul unor electrozi plasați pe pielea pacienților paralizați, în apropierea locului unde a fost afectată măduva spinării.

După două luni de terapie, 43 dintre cele 60 de persoane care au participat la studiu și-au recăpătat puterea și capacitatea de a-și folosi brațele și mâinile, potrivit studiului publicat luna trecută în revista Nature Medicine.

„Cred că ar putea schimba viața majorității persoanelor cu leziuni ale măduvei spinării“, a declarat autorul principal al studiului, cercetătorul american în neuroștiințe **Chet Moritz**, într-un comunicat al Facultății de Medicină din cadrul Universității Washington.

Acest domeniu a înregistrat o serie de progrese în ultimii ani, stimularea electrică a măduvei spinării permițând mai multor pacienți să își recâștige capacitatea de a merge.

Cu toate acestea, dispozitivele necesită o intervenție chirurgicală invazivă pentru a fi implantate în apropierea măduvei spinării.

În timp ce acest dispozitiv simplu poate părea mai puțin revoluționar, mai mulți dintre participanții la studiu au subliniat cât de importantă este utilizarea mâinilor pentru persoanele paralizate.

„Toată lumea crede că, pentru o leziune a coloanei vertebrale, tot ceea ce îți dorești este să poți merge din nou“, a declarat **Melanie Reid**, o jurnalistă britanică și participantă la proces, care a rămas paralizată când a căzut de pe un cal în urmă cu 15 ani.

„Dar dacă ești paralizat, ceea ce contează cel mai mult este să lucrezi cu mâinile“, a declarat ea la conferința de presă.

Reid s-a declarat „încântată“ de dispozitiv, care i-a permis să apuce și chiar să răsfoiască telefonul folosind mâna stângă.

Un alt participant a declarat că dispozitivul l-a ajutat să își îmbunătățească viteza de tastare, să gătească și să scrie, precum și alte lucruri care i-au îmbunătățit „calitatea vieții“, în timp ce altul poate acum cânta la chitară.

Autorii au explicat că această cercetare dezvoltă noi conexiuni între creier și membrele afectate, sporind beneficiile în timp - chiar și atunci când dispozitivul nu este conectat.

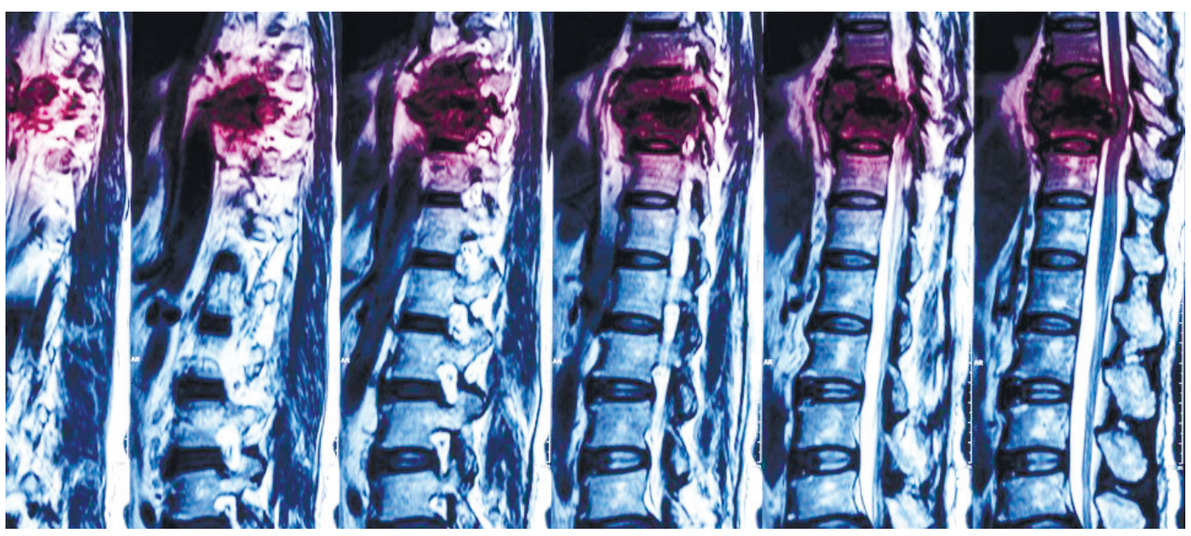
Studiul a ieșit în evidență și datorită dimensiunii sale - majoritatea testelor cu dispozitive similare au implicat doar unul sau câțiva pacienți.

Neurologul francez **Gregoire Courtine**, care a supervizat studiul, a declarat pentru AFP că acesta este ***„primul din istoria medicinei măduvei spinării care a demonstrat siguranța și eficacitatea în îmbunătățirea recuperării tetraplegicilor“***.

Courtine a declarat că Onward poartă discuții pentru a obține aprobarea dispozitivului în Statele Unite, sperând că acesta ar putea ajunge pe piață în această țară până la sfârșitul anului. În mod ideal, Europa ar urma la scurt timp după aceea, a adăugat el.

În schimb, implanturile care ar putea permite persoanelor paralizate să meargă din nou sunt încă la ani distanță de a fi disponibile pe scară largă.

Prețul dispozitivului Onward rămâne necunoscut, deși cei care au lucrat la studiu au precizat că scopul este ca acesta să fie „accesibil“.



Pompa de insulină poate înlocui mare parte din injecțiile pentru controlul diabetului de tip 1

***Iulia Cristea, 39 ani, Piatra Neamț**: „Sunt diagnosticată de 10 ani cu diabet zaharat de tip 1 și fac câte 4 injecții, zilnic, pentru a-mi putea ține glicemia în parametrii normali. Am înțeles că este mult mai ușor de gestionat tratamentul cu ajutorul unei pompe de insulină. Nu știu care sunt condițiile pe care trebuie să le îndeplinești pentru a putea solicita acest dispozitiv. De asemenea, nu îmi dau seama cum poți să mergi la duș cu pompa aceasta sau să dormi fără să o dereglezi".*

***Dr. Olimpia Guțu, medic primar Diabet, Nutriție și Boli Metabolice**: „Pompa de insulină, sau sistemul de infuzie subcutanată continuă de insulină, are dimensiunea unui smartphone sau a unui pachet de cărți de joc. Se atașează de corp, sub piele, folosind un set de infuzie (cateter și rezervor). Locurile de elecție sunt cele în care se administrează în mod normal insulina (abdomen, coapse, brațe). Unele pompe sunt dotate cu dispozitive de inserție pentru o plasare mai facilă, chiar și în zonele mai greu accesibile. Toate pompele folosesc doar insulină umană cu acțiune scurtă sau analogi ultrarapizi de insulină.

Principalele beneficii ale insulinoterapiei prin infuzie subcutanată continuă sunt: mai puține injecții (cateterul se schimbă cam la 3 zile), îmbunătățirea controlului glicemic, flexibilitate în ceea ce privește aportul alimentar și exercițiul fizic, o mai bună gestionare a „fenomenului zorilor", reducerea episoadelor de hipoglicemie, scăderea riscului de apariție a complicațiilor cronice specifice diabetului zaharat.

Dar, trebuie să știți că doar pacienții care sunt foarte bine instruiți în ceea ce privește calculul gramelor de carbohidrați (glucide) beneficiază într-adevăr de acest tratament.

Subprogramul de diabet zaharat tip 1, activitatea 5

Activitatea 5: bolnavii cu diabet zaharat tip 1 care pot beneficia de pompe de insulină și materiale consumabile pentru acestea:

a) copii cu diabet zaharat tip 1 cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani și bolnavele gravide cu diabet zaharat tip 1;

b) bolnavi cu diabet zaharat tip 1, cu vârsta peste 18 ani, la care nu se poate realiza controlul glicemic prin insulinoterapie cu multiple injecții corect aplicată;

c) categoriile de bolnavi de la lit. a) și b) trebuie să îndeplinească obligatoriu următoarele cerințe:

c1) aderență la monitorizarea bolii și control: autoîngrijire, automonitorizare și autoajustarea dozelor de insulină;

c2) motivație și complianță la tratament - consimțământ informat;

c3) capacitate și abilități de utilizare a pompei.

Criterii de întrerupere:

a) lipsa de aderență sau aderența necorespunzătoare a bolnavului la monitorizarea bolii și control medical de specialitate pe parcursul utilizării pompei;

b) terapia cu infuzie continuă cu insulină nu își dovedește eficacitatea în ultimele 12 luni - HbA1c nu se ameliorează sau crește comparativ cu terapia anterioară cu injecții multiple de insulină.

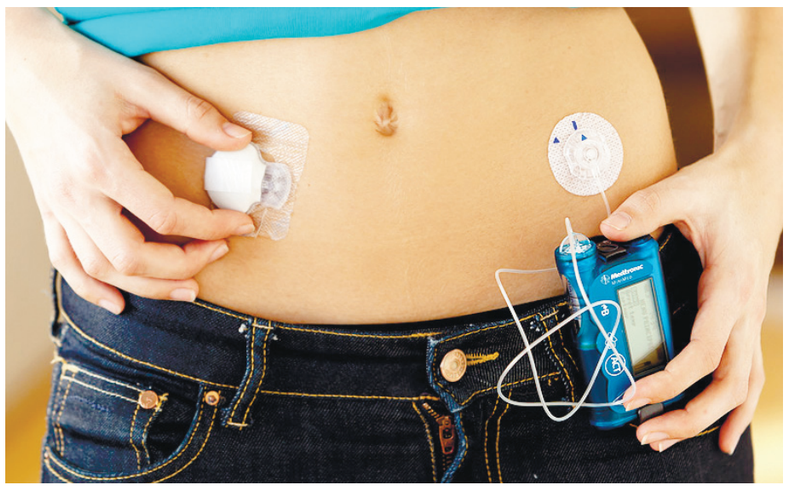
Notă:

1. Îndeplinirea criteriilor de eligibilitate și a cerințelor obligatorii sunt verificate și confirmate de medicul curant care face recomandarea și care monitorizează bolnavul.

2. Decizia privind întreruperea utilizării unei pompe de insulină, de către un bolnav, aparține medicului curant de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice/medicului cu competență/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice, care monitorizează bolnavul.

3. Bolnavii care au achiziționat din resurse proprii pompe de insulină beneficiază de consumabilele aferente cu condiția ca dispozitivele medicale și consumabilele lor să fie rambursate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, cu respectarea indicatorilor de eficiență aferenți acestei activități.

Totuși este necesară automonitorizarea mai frecventă a valorilor glicemice cu glucometrul sau cu un sistem de monitorizare continuă a glucozei (senzor) deoarece, dacă pompa se oprește din cauza unei defecțiuni sau a înfundării cateterului, există riscul de apariție a cetoacidozei diabetice, complicație acută gravă.

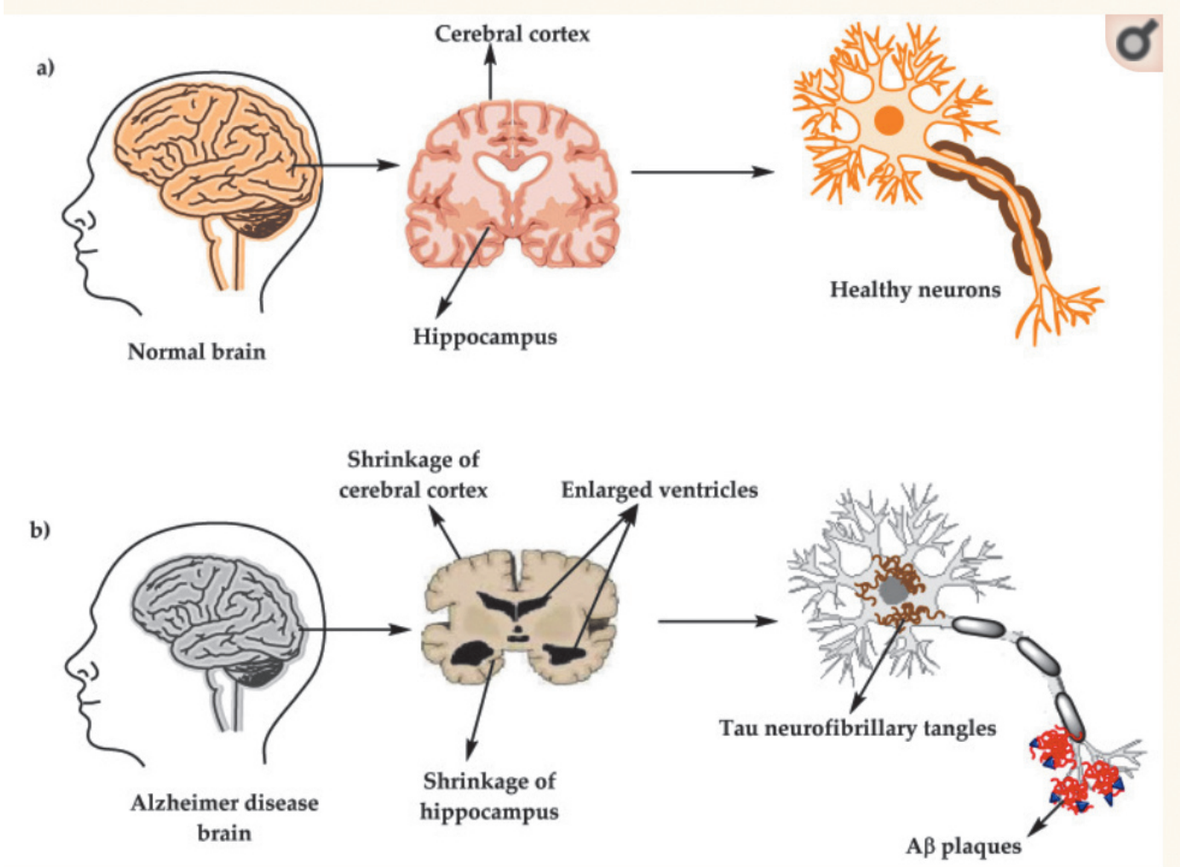


Pe timp de noapte pompa poate fi fixată la pijama, sau poate fi amplasată pe noptiera de lângă pat (dacă tubulatura este suficient de lungă). Ea poate rămâne atașată când pacientul face baie, sau poate fi ținută pe un raft, pe podea, sau învelită într-o pungă de plastic. Însă, dacă baia este cu apă prea fierbinte, sunt necesare precauții pentru a nu deteriora pompa sau insulina și pentru a evita hipoglicemia. Astfel pompa poate fi deconectată și lăsată într-un loc uscat.

În concluzie, pompa de insulină poate fi benefică și vă poate ușura viața dar numai după ce medicul dvs diabetolog vă evaluează starea de sănătate și, dacă împreună decideți să apelați la această metodă de reglare a glicemiei, va trebui să fiți foarte bine instruită pentru a o folosi în condiții optime.

Menționăm că dvs fiind diagnosticată cu diabet zaharat de tip 1 aveți posibilitatea să obțineți acest dispozitiv inclusiv materialele consumabile în mod gratuit prin Programul național de diabet zaharat (desigur dacă îndepliniți criteriile de includere) stabilite de subprogramul de diabet de zaharat tip 1, activitatea 5.

În vederea informării și întocmirii actelor necesare va trebui să vă adresați medicului dvs curant diabetolog". ●



La persoanele cu Alzheimer unele celule din creier îmbătrânesc mai repede

Un laborator din California a descoperit că unele celule cerebrale îmbătrânesc mai repede decât altele, iar numărul acestora este disproporționat la persoanele afectate de boala Alzheimer. În plus, cercetătorii au observat diferențe specifice în funcție de sexul pacienților în procesul de îmbătrânire a anumitor celule cerebrale, cortexul feminin prezentând un raport mai mare de oligodendrocite „bătrâne" comparativ cu neuronii „bătrâni" din cortexul masculin.

Specialiștii de la Universitatea California din San Diego (UC San Diego) au descoperit că unele celule cerebrale îmbătrânesc mai rapid decât altele, iar acestea sunt disproporționat de abundente la persoanele afectate de boala Alzheimer.

În plus, cercetătorii au observat diferențe specifice sexului în procesul de îmbătrânire a anumitor celule cerebrale, cortexul feminin prezentând un raport mai mare de oligodendrocite „bătrâne" față de neuronii „bătrâni" în comparație cu cortexul masculin.

Descoperirile au fost posibile datorită unei noi tehnici botezate MUSIC (multinucleic acid interaction mapping in single cells/cartografierea interacțiunii dintre acizii multinucleici în celule unice), care permite cercetătorilor să vadă în interiorul celulelor individuale ale creierului și să cartografieze interacțiunile dintre cromatină – care este forma strâns înfășurată a ADN-ului - și ARN.

Tehnica le permite cercetătorilor să vizualizeze aceste interacțiuni la o rezoluție monocelulară, precum și să studieze modul în care acestea influențează expresia genelor.

Lucrarea a fost detaliată într-un articol publicat în revista Nature.

„MUSIC este un instrument puternic care ne poate permite să aprofundăm complexitatea bolii Alzheimer", a declarat autorul principal al studiului, **Sheng Zhong**, profesor în cadrul Departamentului de Bioinginerie de la facultatea de inginerie a UC San Diego.

Tehnologia are potențialul de a ajuta la descoperirea unor noi mecanisme moleculare care stau la baza patologiei Alzheimer, ceea ce ar putea deschide calea pentru intervenții terapeutice mai bine direcționate și pentru îmbunătățirea rezultatelor pacienților, au precizat cercetătorii.

Creierul uman găzduiește o rețea complexă de celule care comunică și interacționează în moduri complicate. În cadrul fiecăreia dintre aceste celule se află o interacțiune dinamică a componentelor genetice, inclusiv cromatina și ARN-ul, care dictează funcții celulare cruciale.

Pe măsură ce celulele creierului cresc și îmbătrânesc, aceste interacțiuni dintre cromatină și ARN se schimbă. Iar în cadrul fiecărei celule, aceste complexe pot varia foarte mult, în special în cazul celulelor mature. Cu toate acestea, deslușirea nuanțelor acestor interacțiuni a rămas o provocare formidabilă.

Acum intră în joc MUSIC, un instrument de ultimă oră care oferă o privire în funcționarea interioară a celulelor individuale ale creierului.

Cu ajutorul MUSIC, laboratorul de la UC San Diego a analizat mostre de creier postmortem, în special țesuturi de cortex frontal uman, obținute de la 14 donatori cu vârsta de 59 de ani și mai în vârstă, unii care suferiseră de boala Alzheimer și alții fără această maladie.

Ei au descoperit că diferite tipuri de celule cerebrale prezentau modele distincte de interacțiuni între cromatină și ARN.

În mod interesant, celulele cu mai puține interacțiuni de cromatină cu rază scurtă de acțiune au avut tendința de a prezenta semne de îmbătrânire și de boală Alzheimer.

„Cu ajutorul acestei tehnologii transformatoare cu o singură celulă, am descoperit că unele celule cerebrale sunt mai 'bătrâne' decât altele", a precizat Zhong.

În special, persoanele cu boala Alzheimer aveau o proporție mai mare de aceste celule cerebrale mai vechi în comparație cu persoanele sănătoase, a explicat el.

Cercetătorii spun că această descoperire ar putea ajuta la dezvoltarea de noi tratamente pentru boala Alzheimer.

„Dacă am putea identifica genele dereglate în aceste celule îmbătrânite și am putea înțelege funcțiile lor în structura locală a cromatinei, am putea, de asemenea, să identificăm noi potențiale ținte terapeutice", a mai precizat primul autor al studiului, **Xingzhao Wen**, doctorand în bioinformatică în laboratorul din California.

Studiul a scos la iveală, de asemenea, diferențe specifice fiecărui sex în ceea ce privește îmbătrânirea celulelor cerebrale.

În cortexul șoarecilor de sex feminin, cercetătorii au descoperit un raport mai mare de oligodendrocite îmbătrânite față de neuronii îmbătrâniți. Oligodendrocitele sunt un tip de celule cerebrale care asigură un strat protector în jurul neuronilor. Având în vedere rolul lor critic în menținerea funcției normale a creierului, o prevalență crescută a oligodendrocitelor îmbătrânite ar putea exacerba declinul cognitiv.

„Prezența disproporționată a oligodendrocitelor bătrâne în cortexul feminin ar putea arunca o nouă lumină asupra riscurilor crescute de tulburări neurodegenerative și mentale observate la femei", a menționat Wen.

În continuare, cercetătorii vor să optimizeze instrumentul MUSIC, astfel încât să îl poată utiliza pentru a identifica factorii – cum ar fi genele de reglare și circuitele genetice – care sunt responsabili de îmbătrânirea accelerată observată în anumite celule cerebrale.

„Ulterior, vom concepe strategii pentru a împiedica activitatea acestor gene sau circuite, în speranța de a atenua îmbătrânirea creierului", au mai precizat cercetătorii. ●

Femeile se pot confrunta cu depresia cu trei până la cinci ani înainte de menopauză

Femeile au cu 40% mai multe șanse de a se confrunta cu depresia în perioada perimenopauzei decât cele care nu se confruntă cu niciun simptom al menopauzei, constată un nou studiu condus de cercetătorii de la University College (UCL) din Londra.

Perimenopauza („peri" în limba greacă înseamnă „în preajma") se referă la o stare de tranziție a organismului către menopauză, care marchează încheierea perioadei fertile din viața unei femei.

Perimenopauza mai este denumită și menopauza de tranzitie, sau premenopauza.

O cercetare, publicată de curând în Journal of Affective Disorders, face o meta-analiză a șapte studii la care au participat 9.141 de femei din întreaga lume (inclusiv din Australia, Statele Unite, China, Olanda și Elveția), pentru a înțelege dacă diferite etape ale menopauzei sunt asociate cu un risc diferit de depresie.

Premenopauza apare, de obicei, cu aproximativ trei până la cinci ani înainte de debutul menopauzei. În timpul acestei etape, nivelurile de estrogen și progesteron ale femeilor încep să fluctueze, ceea ce le determină să experimenteze schimbări de dispoziție, cicluri menstruale neregulate și alte simptome ale menopauzei, inclusiv sentimente sporite de depresie.

Această etapă a menopauzei continuă până la un an de la ultima menstruație a femeii și poate dura adesea între patru și opt ani în total.

Cercetătorii au constatat că femeile aflate la perimenopauză au un risc semnificativ mai mare (aproximativ 40%) de a se confrunta cu simptome depresive și de a fi diagnosticate cu depresie, în comparație cu femeile aflate la premenopauză. Nu a existat o creștere semnificativă a riscului de depresie pentru femeile aflate la postmenopauză în comparație cu cele aflate la premenopauză.

Simptomele au fost măsurate cu ajutorul unor instrumente standardizate, recunoscute la nivel internațional, de auto-raportare, inclusiv Chestionarul de sănătate al pacientului PHQ-9 (care ia în considerare factori precum lipsa de interes în a face lucruri, probleme cu somnul și sentimente de dispoziție scăzută).

„Acest studiu arată că femeile aflate în stadiul de perimenopauză au o probabilitate semnificativ mai mare de a se confrunta cu depresia decât înainte sau după această etapă", a declarat autorul principal al studiului, **dr. Roopal Desai** de la UCL

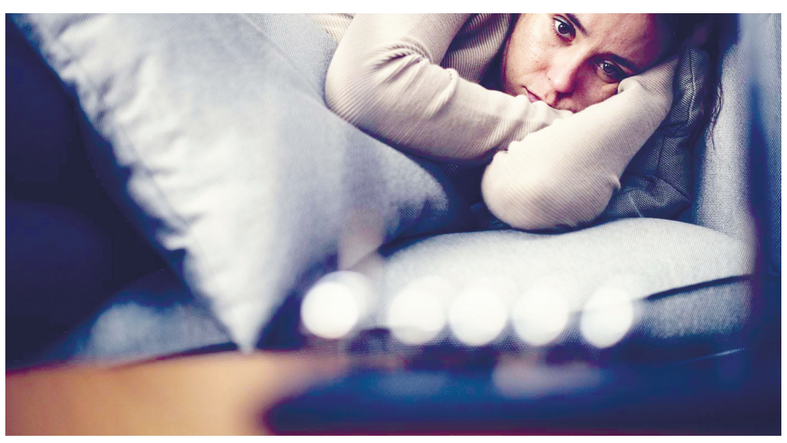
Constatările subliniază importanța recunoașterii faptului că femeile aflate în această etapă a vieții sunt mai vulnerabile la experimentarea depresiei. De asemenea, subliniază necesitatea de a oferi sprijin și screening pentru femei pentru a le ajuta să abordeze în mod eficient nevoile lor de sănătate mintală.

Noul studiu vine la scurt timp după publicarea anterioară a cercetătorilor, care a constatat că terapia - cum ar fi conștientizarea și terapia cognitiv-comportamentală - ar putea fi o formă eficientă de tratament pentru simptomele non-fizice ale menopauzei.

„Femeile își petrec ani din viață confruntându-se cu simptomele menopauzei, care pot avea un impact uriaș asupra sănătății și calității vieții lor", a declarat autorul corespondent, **profesorul Aimee Spector** de la UCL

„Constatările noastre arată cât de mult poate suferi sănătatea mintală a femeilor aflate la perimenopauză în această perioadă. Avem nevoie de o mai mare conștientizare și de sprijin pentru a ne asigura că acestea primesc ajutor și îngrijire adecvată atât din punct de vedere medical, cât și la locul de muncă și acasă", a precizat aceasta.

Combinarea datelor din studiile globale indică faptul că aceste constatări nu pot fi atribuite doar factorilor culturali sau schimbărilor în stilul de viață, care au fost uneori folosite pentru a explica simptomele depresive pe care femeile le experimentează în timpul perimenopauzei, precizează autorii. ●



Medicament experimental cu rezultate promițătoare în reducerea atacurilor severe de astm

Un medicament experimental și-a atins obiectivul principal de a reduce atacurile de astm în două studii clinice în stadiu avansat.

Grupul farmaceutic britanic GlaxoSmithKline (GSK) a anunțat rezultatele a două studii clinice de fază III (SWIFT-1 și SWIFT-2), care au evaluat eficacitatea și siguranța medicamentului depemokimab față de placebo la adulții și adolescenții cu astm sever cu inflamație de tip 2, caracterizată prin numărul de eozinofile din sânge.

Medicamentul a arătat „reduceri semnificative" ale atacurilor de astm la pacienții cu astm eozinofilic.

Potrivit GSK, atât SWIFT-1, cât și SWIFT-2 și-au îndeplinit criteriile principale de evaluare a reducerii ratei anualizate a exacerbărilor semnificative din punct de vedere clinic (crize de astm) pe parcursul a 52 de săptămâni.

Medicamentul este primul produs biologic cu acțiune de lungă durată evaluat în studii de fază III, cu afinitate de legare și potență ridicată pentru interleukina-5 (IL-5), cu un program de administrare de șase luni pentru pacienții cu astm sever, a precizat grupul farmaceutic britanic.

IL-5 este cunoscută ca fiind o citokină (proteină) cheie în inflamația de tip 2.

Această inflamație, identificată de obicei printr-un număr ridicat de eozinofile în sânge, este patologia de bază responsabilă pentru mai mult de 80% dintre persoanele cu astm sever și poate duce la crize imprevizibile.

În ambele studii, incidența generală și severitatea evenimentelor adverse apărute în timpul tratamentului au fost similare la pacienții tratați fie cu depemokimab, fie cu placebo. Analiza suplimentară a acestor date este în curs de desfășurare, a precizat compania.

Rezultatele vin în contextul în care GSK își concentrează mai mult atenția asupra portofoliului său de sănătate respiratorie, care în prezent prosperă pe fondul unei lansări puternice a vaccinului său Arexvy împotriva virusului respirator sincițial (RSV), comentează Reuters.

De asemenea, compania a cumpărat producătorul de medicamente pentru astm Aiolos Bio, într-o tranzacție în valoare de până la 1,4 miliarde de dolari, la începutul acestui an.

Medicamentul pentru astm ar putea fi una dintre cele 12 lansări majore pe care GSK se pregătește să le facă începând cu 2025, după ce a declarat că are potențialul de a fi un motor major de creștere până la sfârșitul deceniului, potrivit sursei citate. ●

Pagini realizate de Mihaela CĂNĂNĂU

Posibilă explicaţie pentru așa-numitul „Paradox al obezităţii“: legătura aparent inexplicabilă dintre aceasta și cancer

Oamenii de ştiinţă ar putea fi în sfârşit în măsură să explice aşa-numitul „paradox al obezităţii“. Faptul că obezitatea poate contribui la progresia cancerului, dar şi la îmbunătăţirea răspunsului unui pacient la imunoterapie este cunoscut în rândul cercetătorilor sub numele de „paradoxul obezităţii“. Acum, oamenii de ştiinţă au găsit un motiv potenţial pentru „paradoxul obezităţii“ în cazul cancerului.

Cercetătorii, conduși de oamenii de știință de la Centrul Medical al Universității Vanderbilt din Statele Unite, au făcut o descoperire care stă la baza ***„legăturii complicate“*** dintre obezitate și cancer – și speră că, într-o bună zi, aceasta ar putea duce la îmbunătățiri ale unui tip de tratament împotriva cancerului numit imunoterapie.

Un nou studiu, cu rezultate surpriză, în revista Nature

Un nou studiu, publicat în revista Nature, și citat de News.ro, subliniază modul în care celulele sistemului imunitar numite macrofage joacă un rol neașteptat în această legătură. Studiind șoareci și mostre de tumori de la pacienți cu cancer de rinichi, aceștia au descoperit că obezitatea crește numărul de macrofage în tumorile canceroase și crește producția de către acestea a unei proteine numite PD-1.

Proteina 1 a morții programate a celulelor (PD-1), este un punct de control imunitar care oprește celulele T să atace alte celule din organism. PD 1 este o țintă a imunoterapiilor împotriva cancerului – un tip de medicament care utilizează propriul sistem imunitar al pacientului pentru a lupta împotriva cancerului.

Cercetătorii spun că PD-1 crescut suprimă ***„supravegherea imunitară“*** de către macrofage – și, ca urmare, suprimă celulele T ucigașe (celulele imunitare care pot ucide celulele canceroase) – ceea ce, la rândul său, permite tumorii să crească.

Constatările ar putea ajuta la explicarea riscului crescut de cancer legat de obezitate, spun ei. Oamenii de știință au decsoperit că PD 1 a acționat, de asemenea, direct asupra macrofagelor pentru a le suprima funcția – astfel încât, atunci când proteina a fost blocată cu imunoterapie, aceasta a ajutat aceste celule ale sistemului imunitar care exprimă PD-1 să își îndeplinească rolul în sistemul imunitar. Acest lucru ar putea explica de ce persoanele obeze pot avea un răspuns mai bun la imunoterapie, spun ei.

Ce se întâmplă când slăbești?

Studiind tumorile umane, ei au descoperit, de asemenea, că atunci când oamenii au slăbit, expresia PD-1 în macrofagele din tumori părea să scadă. Obezitatea este al doilea factor de risc modificabil pentru cancer, după fumat, iar persoanele obeze prezintă un risc mai mare de rezultate mai proaste. Dar, de asemenea, aceștia pot răspunde mai bine la imunoterapie. Cum se face că poate exista acest rezultat mai rău pe de o parte, dar un rezultat mai bun pe de altă parte? ***„În mod clar, dorim să găsim modalități de a face ca imunoterapiile să funcționeze mai bine, iar în mediul obez, acestea funcționează în mod natural mai bine“***, a declarat profesorul Jeffrey Rathmell, director al Centrului Vanderbilt pentru imunobiologie. Înțelegerea modului în care aceste procese funcționează din punct de vedere biologic poate oferi indicii despre cum să îmbunătățim imunoterapia în general, spune el.

Una dintre autoare, dr. Jackie Bader, spune că macrofagele sunt considerate ca fiind ca un camion de gunoi: ele curăță mizeria, dar ***„au un spectru imens de activitate pentru a spori răspunsul imunitar și sunt mai plastice și mai ușor de manipulat decât alte celule imunitare, ceea ce le face foarte interesante“.***

„S-ar putea ca, cu cât mai mare este proporția de macrofage care exprimă PD-1 într-o tumoare, cu atât mai bun va fi răspunsul la imunoterapie“, a explicat ea.

Cel mai amplu studiu de profil

Obezitatea este asociată cu cel puțin 13 tipuri de cancer

Excesul de greutate și obezitatea sunt factori de risc importanți pentru cel puțin 13 tipuri de cancer. Un studiu recent arată că 40% dintre cancerele diagnosticate în Statele Unite în 2014, de exemplu, au apărut la persoane care cântăreau mai mult decât limitele normale (IMC>30). Datele provin dintr-un nou raport al Centrelor pentru Controlul și Prevenirea Bolilor (CDC) al Departamentului de Sănătate Publică din SUA, care arată o legătură între creșterea în greutate și cancer. Un risc mai mare a fost observat la femei. Peste 55% dintre diagnosticele de cancer la femei sunt legate de supraponderalitate.

Agenția Internațională pentru Cercetarea Cancerului (IARC) a susținut o legătură între excesul de greutate, obezitate și cancer încă din 2002, iar statisticile recente par să confirme acest lucru. Această asociere a fost atribuită tulburărilor metabolice și endocrine, inclusiv niveluri crescute de insulină și dezechilibre ale hormonilor sexuali, precum și unei stări proinflamatorii. Raportul CDC a analizat datele din 2005-2014. Numai în 2014, au fost înregistrate peste 630.000 de tumori legate de obezitate, identificând 13 tipuri puternic asociate cu această tulburare metabolică *(foto)*

CUM CREȘTE OBEZITATEA RISCUL

Creșterea riscului comparativ cu o greutate sănătoasă (IMC de 18,5-24,9)

...dacă IMC-ul tău este 30	
Rinichi	80%
Ficat	80%
Stomac	80%
Meningiom (tip de tumoră cerebrală)	50%
Pancreatic	50%
Intestin	30%
Vezică biliară	30%
Mielom (cancer al măduvei osoase)	20%
Sân (femei postmenopauză)	10%
Ovarian	10%
Tiroidă	10%

...dacă IMC-ul tău este 40	
Uter	610%
Esofagian	380%

Prevalența obezității s-a triplat în ultimii 40 de ani

Autorii studiului subliniază importanța înțelegerii cu exactitate a asocierii dintre cancer și obezitate. Cancerul este o boală complexă influențată de mai mulți factori de risc. Obezitatea este strâns asociată cu anumite tipuri de tumori. Cu toate acestea, cele 13 tipuri identificate de studiul CDC au reprezentat o parte semnificativă (40%) din toate cazurile documentate. Societatea Americană de Cancer efectuează în prezent cercetări ample în acest domeniu. La nivel global, prevalența obezității s-a triplat în ultimii 40 de ani. Studiile arată co obezitatea ucide 2,8 milioane de oameni în fiecare an.

Potrivit OMS (Organizația Mondială a Sănătății), o persoană supraponderală are un IMC (Indice de masă corporală - IMC) peste 25, în timp ce obezitatea este definită ca un IMC mai mare de 30. Obezitatea este un factor de risc care a fost luat recent în considerare nu numai în prevenirea bolilor cardiovasculare și a diabetului, ci și în prevenirea cancerului. Rata globală a obezității feminine este de așteptat să atingă 21% până în 2025, o statistică îngrijorătoare, deoarece cazurile de cancer legate de excesul de greutate sunt mai frecvente în această categorie. Prin urmare, controlul global al obezității devine o problemă importantă de sănătate publică. Două treimi dintre adulții din SUA sunt considerați supraponderali, iar mai mult de o treime dintre aceștia sunt obezi, cu un IMC mai mare de 30 kg/m2. Dacă pentru majoritatea tipurilor de cancer s-a înregistrat o scădere de aproximativ 13% a incidenței din anii 1990 până în prezent, pentru cancerele legate de obezitate creșterea observată a fost de 7%.

Principalele constatări ale raportului

- 55% dintre diagnosticele de cancer la femei sunt asociate cu obezitatea sau excesul de greutate, comparativ cu o proporție mai mică la bărbați - 24% din cazuri;
- Cancerele postmenopauză ale endometrului, ovarului și sânului reprezintă 42% din tumorile legate de obezitate;
- În 10 ani, incidența tumorilor maligne a crescut semnificativ în rândul persoanelor cu vârsta cuprinsă între 20-70 de ani;
- Două treimi din cazuri apar la grupa de vârstă 50-70 de ani.

Cum este situația în Europa? Marea Britanie e „grasul continentului“

În țările UE, supraponderalitatea afectează 30-70% din populație. 23% dintre femei și 20% dintre bărbați sunt obezi. Marea Britanie este în fruntea acestor statistici și este considerată „omul gras al Europei“. Dacă această tendință va continua, 72% din populația țării va fi supraponderală până în 2035. În mod îngrijorător, mulți oameni nu știu că creșterea în greutate poate fi asociată cu riscul anumitor tipuri de cancer. Trei sferturi dintre oameni nu știu că obezitatea cauzează cancer, potrivit unui sondaj din Marea Britanie. Imaginea arată că cei care au găsit legătura au legat obezitatea de tumorile din sistemul digestiv, dar nu și de sistemul reproducător sau de sân. Alte studii care demonstrează legătura obezitate-cancer.

O meta-analiză publicată în BMJ în februarie 2017 a evaluat legătura dintre cancer și obezitate. Nouăzeci și cinci de studii au fost incluse și 11 tipuri de cancer au fost identificate ca fiind puternic asociate cu obezitatea. Ele aparțin în principal domeniului gastrointestinal (colon, rect, pancreas, stomac, căi biliare, esofag) sau cancere asociate cu un profil hormonal specific feminin (endometrul, sânul, ovarian). Au fost identificate și cazuri de cancer de rinichi și măduvă osoasă. Mai multe studii observaționale au arătat că o creștere în greutate de 5 kg la o vârstă fragedă crește riscul apariției cancerelor legate de obezitate.

Cum se explică legătura cancer - obezitate?

Celulele adipoase din organism produc hormoni și proteine care sunt eliberate în sânge și transportate în diferite părți ale corpului. Aceste substanțe pot acționa ca mesageri chimici, declanșând mecanisme complexe implicate în transformarea malignă a anumitor celule. Majoritatea moleculelor care mediază între obezitate și cancer nu provoacă mutații care duc la transformarea celulară, ci în schimb favorizează creșterea și proliferarea celulelor maligne.

Un mecanism binecunoscut implică hormonii sexuali

Excesul de grăsime poate modifica nivelul hormonilor sexuali precum estrogenul și testosteronul. Anumite tipuri de cancer, cum ar fi cancerul de sân sau endometrial, exprimă receptorii de estrogen și sunt afectați de nivelul de estrogen din organism. La femeile aflate la menopauză, nivelul de estrogen scade semnificativ, dar țesutul adipos produce acești hormoni printr-o serie de reacții, în care o enzimă numită aromatază joacă un rol important. O opțiune pentru tratarea cancerului de sân este un inhibitor de aromatază. „Grăsimea corporală devine o mașină care produce estrogen“, explică Leslie Bernstein, MD, director al Diviziei de Etiologie a Cancerului de la City of Hope Comprehensive Cancer Center. Insulina este, de asemenea, un hormon foarte important în dezvoltarea anumitor tipuri de cancer, cum ar fi cancerul de sân, cancerul colorectal și cancerul pancreatic.

Nivelurile de insulină sunt ridicate la persoanele supraponderale, iar efectul asupra procesului carcinogen poate fi explicat prin stimularea producției de factori de creștere care afectează diviziunea celulară. Obezitatea este adesea asociată cu sindromul metabolic și diabetul de tip 2. În cazul diabetului de tip 2, celulele organismului nu mai răspund la insulină, ceea ce duce la acumularea de glucoză în sânge, ceea ce stimulează secreția de insulină.

Nivelurile ridicate de insulină acționează în unele cazuri ca un factor mitogen, afectând creșterea mai rapidă a celulelor canceroase. Mai multe studii au arătat că metformina, un medicament antidiabetic care scade glicemia, are proprietăți anticancerigene.

Coordonator
Ziarul de Sanatate -
Cătălin HOPULELE

Abonează-te la
ZIARUL De IAȘI
LIDERUL PRESEI IEȘENE

Abonamente ediția tipărită

Persoane Fizice

Prețuri și tipuri de abonament
Prețul unui abonament lunar: 50 lei/lună (include TVA)
Prețul unui abonament trimestrial: 150 lei/lună (include TVA)
Prețul unui abonament semestrial: 300 lei/lună (include TVA
Prețul unui abonament anual : 600 lei/lună (include TVA)

Abonează-te la Ziarul de Iași și primești GRATUIT, alături de ziar, Suplimentul de Cultură (luni), Ziarul de Business (marți) și Ziarul de Sănătate (miercuri).
În plus, în fiecare săptămână, ai secțiunile specializate incluse în corpul ziarului: Ghidul Auto - în fiecare luni; Ghidul Casei - în fiecare joi și Ghid TV - în fiecare vineri.

Abonează-te la Ziarul de Iași și primești BONUS DE MICA PUBLICITATE. Abonează-te pe 3 luni, 6 luni sau 1 an și poți publica anunțuri de mica publicitate în ediția tiparită a Ziarul de Iasi în valoare de 50% din suma plătită, pe baza chitanței de abonament.

Oferta este valabilă pentru toți abonații persoane fizice, cu livrare prin Poșta Română. Distribuția se face atât în municipiul Iași, cât și pe toată raza județului Iași.

Cum te abonezi
1. Sună la 0232.214.120 sau 0731-331.035 și abonează-te până la data de 24 a fiecărei luni, pentru a putea primi abonamentul luna următoare. Livrarea ziarelor se face acasă, de luni până vineri, prin factorii poștali.
2. La orice oficiu postal.
3. Plata cu cardul.
Vizitează www.ziaruldeiasi.ro/editia-tipărită

Plata pentru tipul dorit de abonament se poate face la sediul REDACȚIEI, B-dul Nicolae Iorga, nr. 35, Bl. N1, parter, PRIN MANDAT POȘTAL sau prin BANCĂ, în contul precizat mai jos. Odată efectuată plata, vă rugăm să trimiteți dovada pe adresa ciprian.isachi@ziaruldeiasi.ro.

Persoane Juridice

Prețuri și tipuri de abonament
Prețul unui abonament lunar: 50 lei/lună (include TVA
Prețul unui abonament trimestrial: 150 lei/lună (include TVA
Prețul unui abonament semestrial: 300 lei/lună (include TVA
Prețul unui abonament anual: 600 lei/lună (include TVA)

Abonament 6 luni - BONUS: anunțuri de mica publicitate în valoare totală de 160 lei, utilizabile pe toată perioada derulării abonamentului și 20.000 afișări banner special (650 x 90pxl.) în ediția online a Ziarului de Iași, în valoare de 400 lei.

Abonament 12 luni - BONUS: anunțuri de mica publicitate în valoare totală de 200 lei, utilizabile pe toată perioada derulării abonamentului și 40.000 afișări banner special (650 x 90pxl.) în ediția online a Ziarului de Iași, în valoare de 800 lei.

Abonează-te la Ziarul de Iași pe 6 luni sau 1 an și-ți oferim un pachet gratuit de publicitate în ediția tipărită și cea on-line, pe care îl poți folosi așa cum dorești. Această ofertă specială, care este disponibilă doar pentru partenerii noștri de afaceri, persoane juridice, își propune să vină în întâmpinarea nevoii de a fi informat, economisindu-vă timpul și banii.

- Abonamentele se pot contracta doar pentru luni calendaristice.
- Pentru a primi abonamentul începând cu prima zi a lunii următoare trebuie să vă abonați până la data de 24 a lunii în curs.
- Pentru orice problemă legată de abonament, sunați la 0232.214.120 sau 0731-331.035 (L - V: 9.00 - 16.00), sau scrieți-ne la ciprian.isachi@ziaruldeiasi.ro.

Datele firmei / Facturare
S.C. New Media GPM SRL; COD FISCAL: RO 42446972
Adresa: Iași, Bd. N. Iorga 35, Bl. N1, parter (vis-a-vis de Gara Internațională)
Banca Transilvania - CONT LEI: RO46BTRLRONCRT0676270801