MIERCURI, 5 IUNIE 2024, nr. 9

De Sănătate

UN PRODUS EDITORIAL PREMIUM, MARCA

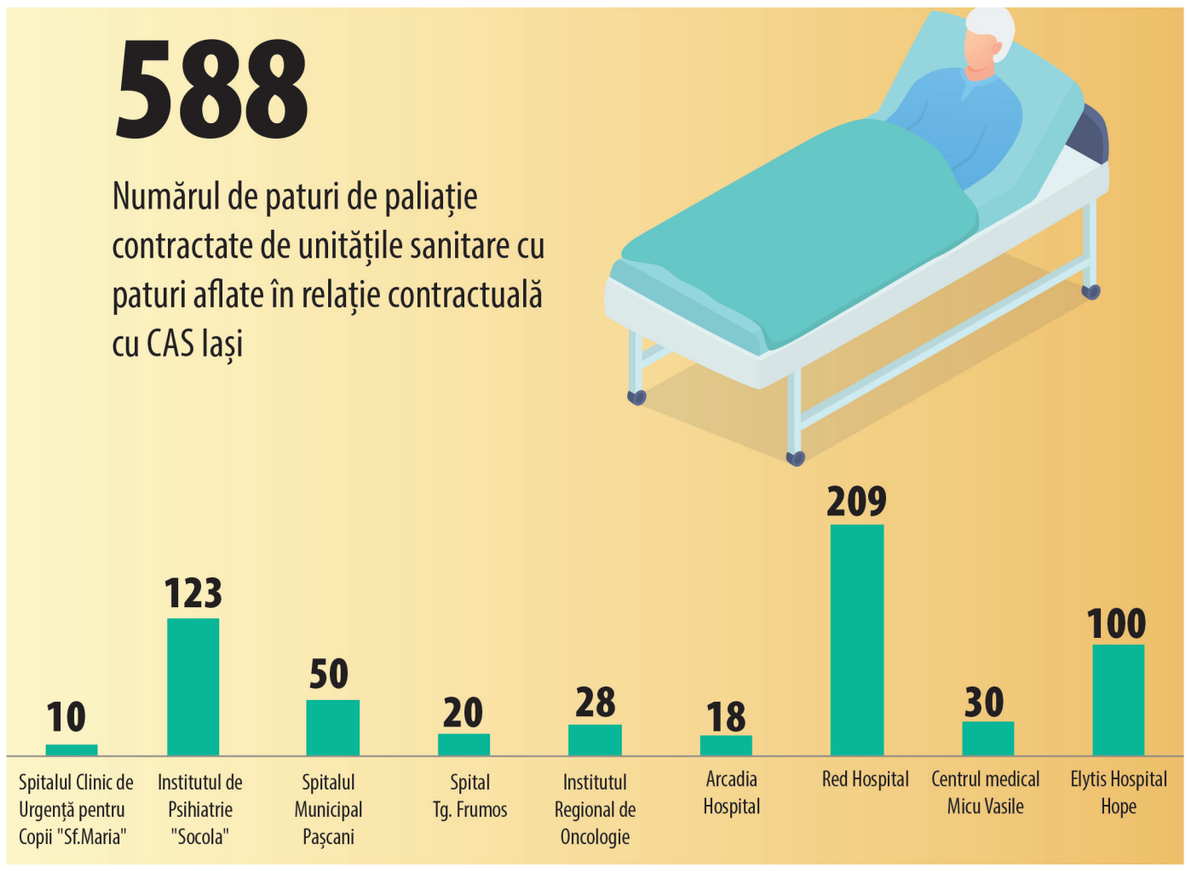
ZIARUL De IAȘI
LIDERUL PRESEI IEȘENE

ZIARULDEIASI.RO

Îngrijirile paliative: secțiile din Iași în care medicii luptă pentru ca pacienții să moară cu demnitate

Una dintre cele mai sensibile ramuri ale medicinii, pentru pacienți și personal medical laolaltă, o reprezintă îngrijirile paliative. În cazul personalului medical intervine adesea sentimentul de neputință, fiindcă pentru prelungirea vieții unui pacient care ajunge să aibă nevoie de paliație nu se mai poate face nimic. Dar durere poate fi combătută, ameliorată, iar ultimele ore, zile sau săptămâni din viață pot fi trăite cu demnitate. Deși la nivel național, îngrijirile paliative acoperă doar 20% din necesarul populației, Iașul stă mai bine la acest domeniu. Conform datelor furnizate de către Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Iași pentru „Ziarul de Sănătate“, există 588 de paturi de paliație la nivelul județului, 60% dintre acestea la nivelul unităților medicale private. Există însă loc de creștere pe piața privată, fiind mereu liste de așteptare, în timp ce la spitalele de stat presiunea pentru ocuparea locurilor pe compartimentele și secțiile de paliație este foarte mare. Iar dacă la privat pacienții pot sta cu lunile, câtă vreme aparținătorii au banii necesari pentru a acoperi costurile de spitalizare, la stat pacienții sunt aduși fie doar o perioadă scurtă de timp, până la stabilizare, fie în ultimele momente ale unei boli terminale, rămânând acolo până se sting din viață.

*Paginile **4-5***



din Sumar

Documentul care te poate scuti de cheltuieli în străinătate și de care mulți români nu știu că au nevoie: aproape 10.000 de cereri în 2023 în Iași
Cardul european de sănătate e unul dintre documentele care pot să îți asigure asistența medicală atunci când mergi în străinătate, dar pe care nu toți ieșenii știu că îl pot folosi.
Pag. 2

Vești bune pentru donatorii de rinichi: un studiu mondial arată că efectele secundare sunt minore și recuperarea rapidă
Un meta-studiu realizat de cercetătorii din rețeaua Cochrane, care au analizat rezultatele din 13 studii randomizate, aduce vești bune pentru potențialii donatori de rinichi.
Pag. 2

8 ani de la tragedia prăbușirii elicopterului SMURD în Republica Moldova: amintirea celor patru eroi ieșeni care au murit
Ziua de 2 iunie a însumat un nou moment de reculegere pentru serviciile de urgență din Iași, care au comemorat 8 ani de la moartea celor patru colegi după prăbușirea elicopterului SMURD aflat în misiune în Republica Moldova, raionul Cantemir, localitatea Haragâș.
Pag. 3

Premieră medicală la Iași – primul transplant de ficat de la donator viu realizat în afara Bucureștiului a avut loc la „Sf. Spiridon“
La începutul săptămânii trecute, la Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon“ din Iași a avut loc primul transplant de ficat de la un donator viu. Este primul astfel de transplant efectuat în spațiul românesc, în afara centrelor din București și Chișinău.
Pag. 2

INTERVIU Cum ne protejăm de soare și ce riscăm dacă nu folosim cremele solare. „Pielea copiilor este cea mai predispusă la arsuri“

Una dintre cele mai des întâlnite întrebări întâlnite de dermatologi înainte de debutul sezonului estival ține de folosirea cremelor cu factor de protecție solară. Când trebuie acestea folosite, cât de des trebuie aplicate, cum anume se face asta și cât contează factorul de protecție? Indiferent de locul în care ne vom petrece vara, la malul mării sau în vârf de munte, medicii spun că folosirea produselor pentru protecție solară este esențială.

*Pagina **3***

SFATUL MEDICULUI

În faze incipiente, cancerul pulmonar poate fi vindecat

Dr. Dana Clement, medic primar oncolog în cadrul Institutului Regional de Oncologie Iași: „Cancerul bronhopulmonar reprezintă principala neoplazie la sexul masculin și una dintre cele mai frecvente la femei, ocupând în același timp primul loc în ceea ce privește mortalitatea prin cancer.

*Pagina **6***

Vești bune pentru donatorii de rinichi: un studiu mondial arată că efectele secundare sunt minore și recuperarea rapidă

Cătălin HOPULELE

Un meta-studiu realizat de cercetătorii din rețeaua Cochrane, care au analizat rezultatele din 13 studii randomizate, aduce vești bune pentru potențialii donatori de rinichi. Deși în manualele de specialitate donarea unui rinichi poate duce la complicații inclusiv pentru donator, acest meta-studiu, care a inclus 1.280 de donatori de rinichi, arată că nu există decât în cazuri foarte rare efecte secundare majore, care să ducă la un tratament suplimentar și alte intervenții chirurgicale.

Studiul mai arată și că procedurile chirurgicale care au fost realizate laparoscopic, față de cele făcute tradițional, au dus la mai puțină durere pentru ambele persoane implicate, donator și primitor, dar și cu un timp de spitalizare mai redus pentru donatori. „Ziarul de Sănătate" a analizat rezultatele studiului alături de **conf.dr. Ionuț Nistor**, medic primar nefrolog și specialist în medicină bazată pe dovezi.

Studiul a implicat alegerea tehnicii chirurgicale în scop de cercetare

„Acest studiu a încercat să compare mai multe tehnici chirurgicale folosite pentru a extrage rinichiul de la o persoană sănătoasă atunci când dorește să-l doneze unei persoane apropiate, unei rude. Ne referim la donarea de la donator viu și acest articol se uită la riscurile donării pentru un pacient sănătos, compară aceste riscuri și le analizează din perspectiva tehnicii chirurgicale folosite. Cea mai recentă astfel de tehnică implică utilizarea robotului chirurgical, înainte de robot se efectua nefrectomia prin laparascopie, dar și clasic, prin chirurgie deschisă", a explicat conf.dr. Ionuț Nistor.

Acesta a punctat că esența meta-studiului vizează în special zona de tehnică chirurgicală și noutatea sa este că au fost găsite multe studii clinice randomizate în acest domeniu, care răspundeau la întrebările cercetătorilor, un lucru care este mai neobișnuit în general. ***„E greu să faci în chirurgie un trial clinic randomizat când pacientul acceptă să fie alocat aleatoriu unei tehnici chirurgicale sau alteia. De regulă este o decizie a echipei chirurgicale, bazată pe dotările centrului, pe experiență, și mai puțin a unui algoritm aleatoriu. Vorbim și de 1.300 de pacienți implicați în aceste studii, este o cifră importantă care ne crește încrederea în rezultate"***, a punctat conf.dr. Ionuț Nistor.

Unul dintre cele mai semnificative rezultate, explică acesta, ține de faptul că, în acest moment, chirurgia laparoscopică este asociată cu mai puțină durere pentru pacienți și pentru donatori în comparație cu chirurgia clasică, deschisă. Totodată, există un beneficiu mai mare în cazul chirurgiei clasice, deschise, atunci când vorbim de capacitatea rinichiului de a fi folosit la capacitate maximă și de a fi transplantat cât mai rapid.

„Deci dacă ne uităm din perspectiva donatorului există un beneficiu pentru a face intervenția laparoscopic sau cu ajutorul robotului chirurgical, fiindcă are mai puțină durere și stă mai puțin în spital, dar dacă ne uităm la supraviețuirea pe termen lung a rinichiului transplantat există un ușor beneficiu pentru chirurgia deschisă. Totul ține de cât de rapid s-a făcut intervenția și de cât de multe minute a stat fără oxigen rinichiul recoltat. Cu cât timpul e mai mic, cu atât este mai mare posibilitatea rinichiului de a-și reveni mai repede și de a supraviețui un număr mai mare de ani. Varianta laparoscopică este sugerată de autorii acestor studii ca fiind cea mai bună variantă – riscuri mai puține pentru pacienți și supraviețuire mai bună legată de funcția renală", a punctat conf.dr. Ionuț Nistor.

Cum arată viața cu un singur rinichi? „La fel ca cea a unui adult cu doi"

În ceea ce privește riscurile la care se supune o persoană care acceptă să doneze un organ, ele sunt similare cu riscurile asociate oricărei intervenții chirurgicale majore.

Conf.dr. Ionuț Nistor a explicat că există un risc de sângerare, unul de infecție, pot apărea complicații post-chirurgicale legate de afectarea organelor din jur, dar care sunt extrem de rare.

Ce descriu însă des persoanele aflate în această situație este o durere la locul inciziei, se tem de durata procedurii, pentru că vor fi sub anestezie generală o perioadă mai lungă sau mai scurtă de timp, iar apoi e perioada de recuperare: vor să se întoarcă mai rapid la activitatea normală. De aceea, spune conf.dr. Ionuț Nistor, din punct de vedere al avantajelor pentru donator, procedura și recoltarea laparoscopică sau robotică are „beneficii clare".

„Stilul de viață pentru o persoană care a donat un rinichi nu se schimbă deloc, decât dacă pacienții sunt neglijenți cu sănătatea lor. Altfel, numărul de controale pe care îl face un pacient donator față de unul cu ambii rinichi nu este diferit, poate doar în primul an mai ești chemat la un control la 3-6 luni, post-operator. Dar după acesta se face un set de analize și un control periodic anual, pe care-l recomandăm de altfel oricărui adult trecut de 40 de ani", a mai spus conf.dr. Ionuț Nistor.

Viața cu un singur rinichi nu aduce vreo problemă, a spus acesta, dar trebuie evitate totuși anumite elemente care pot induce nefrotoxicitate, cum ar fi unele medicamente care pot afecta rinichiul. O cantitate prea mare din acestea poate duce mai repede la insuficiență renală pentru cei care au un singur rinichi. ●

Premieră medicală la Iași – primul transplant de ficat de la donator viu realizat în afara Bucureștiului a avut loc la „Sf. Spiridon"

Ancuța POPA

La începutul săptămânii trecute, la Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon" din Iași a avut loc primul transplant de ficat de la un donator viu. Este primul astfel de transplant efectuat în spațiul românesc, în afara centrelor din București și Chișinău. Medicii au explicat că transplantul de ficat de la un donator viu implică două operații: prima constă în recoltarea a 50-60% din ficatul donatorului, în acest caz sora pacientei, cu o boală hepatică în stadiu avansat, iar a doua constă în transplantarea acestuia în locul ficatului bolnav al pacientei, care altfel nu ar avea nicio șansă la viață.

Dr. Dragoș Zamfirescu, doctor în științe medicale și medic primar în chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, afirmă că, din punct de vedere tehnic, o astfel de operație dublă este mult mai complicată decât un transplant de ficat de la un donator aflat în moarte clinică. În lumea chirurgiei generale, un transplant de la donator viu este considerat vârful performanței pentru o echipă chirurgicală și un serviciu de transplant. De asemenea, din punct de vedere uman, această situație este extrem de încărcată emoțional. Donatorul decide să-și ajute semenul, în acest caz sora sa, conștient de faptul că va pierde peste jumătate din ficatul său, și că există un risc de 1% să-și piardă viața.

„Doresc să felicit colectivul Clinicii de Chirurgie Hepato-bilio-pancreatică și de transplant hepatic condus de domnul Profesor Dr. Cristian Lupașcu, atât pentru cele peste 50 de transplanturi de ficat «clasice», dar și pentru premiera de luni. Fiind, totuși, primul caz de acest fel de la Iași, o mare parte a timpilor operatori principali au fost efectuați de către domnul profesor dr. Vlad Brașoveanu de la Institutul Clinic Fundeni din București. Și, pentru că împreună formăm o echipă sudată în peste 150 de transplanturi living, am contribuit și eu la momentul reparării microchirurgicale a arterei hepatice care, în astfel de situații, este de dimensiuni mici și necesită folosirea de microscop operator, instrumente și tehnici de microchirurgie", a declarat Dr. Dragoș Zamfirescu.

În timpul celor 30-40 de minute de operație microchirurgicală, dr. Dragoș Zamfirescu a fost asistat de o echipă de chirurgi plasticieni condusă de conf.dr. Mihaela Pertea, Șefa Clinicii de Chirurgie Plastică și Microchirurgie Reconstructivă de la același spital. Starea de sănătate a celor două paciente este bună, iar dr. Dragoș Zamfirescu speră ca medicii de la Spitalul Sfântul Spiridon să realizeze în mod regulat astfel de operații la Iași. ●

Documentul care te poate scuti de cheltuieli în străinătate și de care mulți români nu știu că au nevoie: aproape 10.000 de cereri în 2023 în Iași

Ina DUMITRESCU

Cardul european de sănătate e unul dintre documentele care pot să îți asigure asistența medicală atunci când mergi în străinătate, dar pe care nu toți ieșenii știu că îl pot folosi. Documentul, valabil doi ani, este valabil în toată Uniunea Europeană și, conform datelor furnizate de Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Iași, cel mai des este solicitat de către ieșeni vara.

Anul trecut au fost emise 9.990 carduri europene de asigurări de sănătate sau certificate provizorii de înlocuire a cardului. Cele mai multe solicitări au fost în lunile mai, iunie, iulie și august, respectiv 870, 1.353, 1.698 și 1.566.

Deși este apărut încă din 2007, nu toți românii s-au gândit, atunci când au plecat în străinătate, să solicite cardul european de sănătate. Unii au considerat că nu au nevoie de el, alții au crezut că asigurarea de călătorie e același lucru cu cardul european. **Monalisa Artenie**, purtător de cuvânt la CAS Iași, explică faptul că certificatul poate fi folosit de toate persoanele care l-au solicitat anterior.

Nu te scutește de coplată, acolo unde e cazul

„Cardul european de asigurări sociale de sănătate (CEASS) poate fi solicitat de către persoanele asigurate de pe teritoriul României în baza cererii tip și a documentelor care atestă calitatea de asigurat. Acestea se depun la casa de asigurări de sănătate la care figurează asiguratul român și se eliberează gratuit în 7 zile. Conferă dreptul solicitantului de a beneficia de asistență medicală devenită necesară în cursul unei ședere temporare într-un stat membru al Uniunii Europene, Spațiului Economic European, Confederației Elvețiene, Regatului Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord. Este utilizat în vederea acordării tratamentelor devenite necesare, de regulă urgențe medico-chirurgicale", a precizat Monalisa Artenie.

Aceasta a specificat că pe baza cardului european, un român aflat în străinătate beneficiază de aceleași condiții ca un cetățean al statului respectiv, asigurat la serviciile de sănătate. Asta înseamnă decontarea gratuită a unelor urgențe, dar și un regim de co-plată, atunci când e cazul.

„Tratamentele respective se acordă în aceleași condiții ca și cele oferite asiguraților sistemului social de asigurări de sănătate din țara de destinație. Spre exemplu, dacă asiguratul din țara de destinație plătește o contribuție personală sau o coplată pentru spitalizare, atunci și beneficiarul de card european aflat în țara respectivă va achita din surse proprii aceeași sumă, fără ca aceasta să-i fie decontată ulterior de casa de asigurări de sănătate", a mai spus Monalisa Artenie.

Șederea temporară înseamnă de fapt deplasarea asiguratului într-una dintre țările amintite pentru motive turistice, profesionale, familiale pentru o perioadă de timp de cel mult 6 luni. Documentul european poate fi utilizat la toți furnizorii de servicii medicale din sistemul de securitate socială din țara de destinație, nu doar la spitalele publice. Decontarea serviciilor medicale aferente cardului european de sănătate se face la nivel interinstituțional.

Nu putem merge la tratament programat în străinătate cu cardul european

Reprezentantul CAS Iași atenționează însă asupra faptului că acest card european nu poate fi folosit pentru tratamentul unei afecțiuni pe care asiguratul o avea înaintea deplasării.

„Cardul European nu acoperă situația în care asiguratul se deplasează în țările amintite anterior în scopul de a beneficia de tratament medical planificat pentru afecțiuni preexistente deplasării", a spus aceasta.

Documentul poate fi solicitat și din străinătate. Persoanelor asigurate li s-a oferit posibilitatea depunerii online a cererilor pentru eliberarea cardului european pe website-ului www.cardeuropean.ro, meniu „Depunere online".

Dacă există situații care împiedică eliberarea cardului, casa de asigurări de sănătate va elibera un certificat provizoriu de înlocuire a acestuia (CIP). Conferă asiguratului aceleași drepturi ca și cardul european. ●

INTERVIU | Cum ne protejăm de soare și ce riscăm dacă nu folosim cremele solare. „Pielea copiilor este cea mai predispusă la arsuri“

Ina DUMITRESCU

Dr. Andreea Dimitriu

Una dintre cele mai des întâlnite întrebări întâlnite de dermatologi înainte de debutul sezonului estival ține de folosirea cremelor cu factor de protecție solară. Când trebuie acestea folosite, cât de des trebuie aplicate, cum anume se face asta și cât contează factorul de protecție? Indiferent de locul în care ne vom petrece vara, la malul mării sau în vârf de munte, medicii spun că folosirea produselor pentru protecție solară este esențială. Asta pentru că, deși e importantă expunerea la soare pentru o porție sănătoasă de vitamina D a organismului, chiar și pentru unele beneficii terapeutice în cazul de afecțiuni cutanate, soarele este și periculos. Arsurile provocate pe termen scurt nu au doar efecte imediate asupra pielii, ci și pe termen mediu sau lung prin creșterea riscului de dezvoltare a cancerului de piele.

Pentru a înțelege mai bine riscurile radiațiilor ultraviolete ale soarelui și felul în care acestea ne afectează, „Ziarul de Sănătate“ a vorbit pe larg cu **dr. Andreea Dimitriu**, medic specialist dermato- venerologie, despre importanța protecției solare. În această primă parte a interviului nostru, medicul explică semnificația SPF-ului, a protecției solare, care sunt radiațiile cele mai periculoase și cum ar trebui să ne ferim, adulți, dar și copii, de efectele negative ale soarelui, inclusiv de îmbătrânirea pielii.

Ce este SPF-ul si ce rol are protecția solară?

SPF reprezintă metoda de măsurare a cantității de energie solară (radiații ultraviolete) necesară pentru a produce o arsură solară pe o piele protejată comparativ cu o piele neprotejată. Cu cât valoarea SPF crește, cu atât gradul de protecție împotriva arsurilor solare este mai mare. Deși cantitatea de energie solară este legată de timpul de expunere, există și alți factori care o influențează. De exemplu, intensitatea energiei solare afectează cantitatea.

Ce reprezintă radiațiile UVA / UVB și care sunt diferențele între ele?

Soarele este minunat, însă cu măsură. Sunt suficiente 10 - 15 minute de expunere la soare pentru a beneficia de avantajele acestuia: sinteza de vitamina D, beneficii terapeutice pentru anumite afecțiuni cutanate și un antidepresiv natural. Însă în cazul expunerii prelungite la soare riscurile sunt importante. Vorbim de îmbătrânirea prematură, modificări la nivelul pielii cu apariția unui aspect neuniform sau cancer cutanat.

Soarele trimite energie pe Pământ în câteva moduri diferite: lumina pe care o poți vedea, radiația infraroșie pe care o simți ca fiind o căldură și radiațiile ultraviolete pe care nu le poți vedea sau simți. Din fericire, atmosfera Pământului ne protejează de majoritatea radiațiilor ultraviolete. Acestea sunt de 3 tipuri. Vorbim pentru început de radiațiile ultraviolete de tip A, care pătrund mai profund în piele, accelerează îmbătrânirea cutanată, provoacă fotoalergii și favorizează apariția cancerului de piele. Radiațiile ultraviolete de tip B sunt absorbite în principal de stratul superficial al pielii, epiderma, iar intensitatea acestora variază în funcție de diferiți parametri precum ora sau altitudinea. Sunt responsabile de insolații, îmbătrânire cutanată și cancer de piele. Radiațiile ultraviolete de tip C nu ajung pe suprafața Pământului, fiind absorbite complet de atmosferă.

Expunerea prelungită, fără protecție, la soare, duce la îmbătrânirea pielii

De ce ar trebui să folosim zilnic creme cu factor de protecție?

Folosirea zilnică a cremei cu factor de protecție solară aduce beneficii importante pentru sănătatea și aspectul pielii precum prevenirea îmbătrânirii premature și reducerea riscului de apariție a cancerului de piele.

Expunerea excesivă la soare poate duce la deteriorarea elastinei și colagenului care au rol în menținerea pielii hidratate și elastice, contribuind la refacerea si regenerarea acesteia. În timp, expunerea la soare fără factor de protecție va determina apariția ridurilor fine, a petelor pigmentare sau chiar și aspect neuniform al pielii.

Cremele cu factor de protecție solară contribuie la prevenția cancerelor cutanate, formând o barieră între piele și radiațiile solare. Trebuie să fim atenți pentru că oricine poate să dezvolte un cancer de piele indiferent de vârstă, sex, rasă.

Cum alegem factorul de protecție potrivit pentru pielea noastră?

Crema cu factor de protecție solară se alege în funcție de tipul de ten, de sensibilitatea acestuia și de istoricul de cancer de piele. Dacă vorbim de o piele sensibilă, indicația este de a utiliza creme sau loțiuni hipoalergice, specifice tenului sensibil. Pielea uscată va beneficia de fotoprotecție sub formă de cremă hidratantă, iar pacienții cu pielea grasă, cu tendință acneică sau cu ten mixt vor alege creme cu textura lejeră sau sub formă de gel. Atunci când se efectuează activități fizice în aer liber, sunt necesare produse fotoprotectoare rezistente la apă.

O valoarea SPF de 15 protejează împotriva a 93% din razele UVB, SPF 30 protejează împotriva a 97%, iar SPF 50 împotriva a 98%. Aceste valori sunt obținute în laborator, în condiții ideale. Pot fi însă influențate și de alți factori precum culoarea pielii, protecția vestimentară, momentul zilei, locația geografică sau metoda de aplicare a cremei.

De cele mai multe ori, maniera în care este aplicată crema cu factor de protecție este greșită deoarece se folosește o cantitate insuficientă de produs rezultând astfel o protecție ineficientă.

Ca regulă generală, ar trebui folosită cantitatea unei linguriță de produs pentru fiecare zonă :cap, gât, torace anterior, torace posterior, fiecare membru superior și inferior deci, o cantitate totală de un pahar de protecție solară pentru întregul corp. A nu se omite zona picioarelor, regiunea gâtului, urechile, buzele. Loțiunea fotoprotectoare se aplică pe pielea uscată, cu 10 - 15min înainte de a ieși din casă, cu reaplicare la interval de 2-3 ore în cazul expunerii prelungite la soare. Loțiunea necesită reaplicare după înot sau transpirație excesivă.

În momentul de față, ne putem considera norocoși dispunând de creme și loțiuni fotoprotectoare eficiente și de calitate potrivită pentru fiecare dintre noi. Cremele fotoprotectoare specifice feței vor fi alese în funcție de tipul de ten (normal, mixt, gras, sensibil, cu rozacee, cu pigmentații). Fotoprotecția pentru corp este sub forma de creme, loțiuni, sprayuri, ulei.

Cremele de protecție se folosesc și iarna, mai ales în zone cu zăpadă multă

Folosim SPF indiferent de anotimp?

Soarele emite radiații ultraviolet tot anul. Chiar și într-o zi înnorată, până la 80% dintre radiații pot penetra pielea. Zăpada, nisipul și apa cresc necesitatea utilizării fotoprotecției deoarece acestea reflectă radiațiile. Deci recomandăm utilizarea de creme fotoprotectoare pe tot parcursul anului, însă vara trebuie avută mai multă grijă deoarece zilele sunt mai lungi, soarele mai puternic și se petrece mai mult timp în aer liber.

Cum folosim cremele cu factor de protecție pentru copii?

Unul dintre obiectivele principale ale tuturor campaniilor de prevenție a cancerului de piele este protejarea copiilor de radiațiilor ultraviolete. Pielea copiilor este mai predispusă pentru arsuri solare ca urmare a unor aspecte anatomice, dar și de apărare. Aspectul structural al pielii copiilor diferă față de cel al adulților. Stratul cornos superficial al pielii este mai subțire, raportul dintre lipide și proteine este mai mic, la fel și concentrația în melanină.

Studiile de spectroscopie au arătat că pielea copiilor cu vârsta sub 12 luni are o concentrație mai mică de melanină decât cea a copiilor cu vârsta cuprinsă între 16 și 24 de luni. La copiii mai mari de 24 de luni, grosimea pielii este similară cu cea a adulților. Cu toate acestea, din cauza structurii anatomice speciale a pielii copiilor, cea mai superficială parte a papilelor dermice este mai expusă la radiația solară. Celulele stem din stratul bazal sunt prin urmare expuse la doze mai mari de radiații UV, favorizând astfel etapa de inițiere a cancerului de piele nemelanocitar.

Companiile dermatocosmetice au studiat aceste aspecte și au conceput creme fotoprotectoare speciale pentru pielea sensibilă a nounăscuților și copiilor. Recomandarea noastră este a de a nu expune copiii direct la soare. Doar câteva arsuri serioase pot crește riscul copilului de a dezvolta cancer de piele la vârsta adultă. Cea mai eficientă protecție este a de a menține copiii mici la umbră. Se recomandă utilizarea de îmbrăcăminte adecvată, care să confere protecție pielii. ●

8 ani de la tragedia prăbușirii elicopterului SMURD în Republica Moldova: amintirea celor patru eroi ieșeni care au murit

Cătălin HOPULELE

Ziua de 2 iunie a însumat un nou moment de reculegere pentru serviciile de urgență din Iași, care au comemorat 8 ani de la moartea celor patru colegi după prăbușirea elicopterului SMURD aflat în misiune în Republica Moldova, raionul Cantemir, localitatea Haragâș. O delegație formată din mai mulți medici, asistente și reprezentanți ai Inspectoratului pentru Situații de Urgență din Iași a asistat la locul accidentului la o slujbă de comemorare a tragediei.

În urmă cu opt ani, pe 2 iunie 2016, în jurul orei 14.00, elicopterul SMURD care trecuse granița pentru a asista un pacient cu probleme care avea nevoie urgentă de transfer la spital a dispărut de pe radar după ce s-a întâlnit cu un front puternic de furtună. Ulterior, echipele de salvare mobilizate în Republica Moldova au descoperit că acesta se prăbușise și au găsit trupurile carbonizate ale celor patru salvatori.

A fost cea de-a doua tragedie care a lovit SMURD Iași, după prăbușirea unui alt elicopter în 2006, de același model, în zona Aroneanu, în timpul unui zbor tehnic de test derulat cu echipaj complet.

Cei patru eroi

Medicul care se afla în misiune în Republica Moldova era **Mihaela Dumea**, medic de urgență la Spitalul „Sf. Spiridon“ din luna martie 2005, mamă a unui copil de 4 ani. A terminat Facultatea de Medicină Generală de la Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa“ (UMF) în anul 2003, iar colegii acesteia au povestit pentru „Ziarul de Iași“ că era medic specialist și se pregătea pentru examenul de primariat. În plus, era cadru didactic al UMF, angajat pe post de asistent din 2008, fiind de altfel un dascăl apreciat de colegi și iubit de studenți. Avea un copil de patru ani și făcea foarte des ture pe elicopter, fiind pasionată de ceea ce făcea. Preda de opt ani medicina de urgență la UMF, în coordonarea prof.dr. Diana Cimpoeșu.

Asistentul **Gabriel Sandu** (40 de ani), tatăl unui copil de clasa I, lucra din anul

2000 la UPU și de 11 ani făcea și gărzi pe elicopter. De asemenea, și soția sa, Clara Sandu, lucra la momentul respectiv în același loc, și în cursul zilei tragediei era chiar de gardă. Cei care l-au cunoscut îl descriu ca fiind un bun profesionist, unul dintre asistenții cu cele mai multe gărzi pe elicopter, dar și un coleg deosebit, cu un apreciat simț al umorului.

Pilotul navei, comandorul **Doru Gavril**, în vârstă de 53 de ani, s-a născut în localitatea Viișoara, din Botoșani, însă locuia împreună cu soția și copilul în Iași. Timp de 20 de ani, acesta a lucrat în cadrul Ministerului Apărării Naționale. Acesta locuia împreună cu soția la o casă din Bucium, pe care o terminase de construit cu un an înainte de tragedie. Soția lucra ca economist la Aeroportul Iași. Comandorul Gavril era comandantul Unității Speciale de Aviație Iași din luna mai 2015, structură aflată în cadrul Inspectoratului General de Aviație.

În privința copilotului, respectiv căpitanul comandor **Voicu Șocae**, în vârstă de 36 de ani, acesta era încadrat în structurile militare din anul 2003 și avea o experiență de zbor pe elicopter de 1.480 de ore. El absolvise Academia Forțelor Aeriene „Henri Coandă“ din Brașov, era căsătorit și avea doi copii. ●

De ce apar durerile de picioare?

Durerea resimțită la nivelul membrelor inferioare (în termeni populari - durerea de picioare) este un simptom des întâlnit între acuzele relatate în cursul consultațiilor medicale și, chiar mai des, în conversațiile de rutină, nemedicale.

Aceasta poate îmbrăca diverse forme **acută** (recent apărută) / **cronică** (veche), poate varia ca intensitate de la durerea surdă, dar sâcâitoare, până la durerea foarte intensă, insuportabilă și poate recunoaște un tipar (de exemplu după mers, la anumite mișcări, după stat mult timp în picioare etc.) sau este aleatorie (pacientul nu poate lega durerea de o acțiune/ inacțiune repetitivă).

Există câteva cauze majore ce pot explica durerea de la nivelul membrelor inferioare.

1. **Durerea posttraumatică** - în care se relevă cu relativă ușurință momentul apariției acesteia (traumatismul), este de obicei de **intensitate medie-mare și dispare**, cel mai adesea, după vindecarea injuriilor suferite.

2. **Durerea reumatismală** - de obicei o durere surdă, **repetitivă**, legată adesea de mobilizare și calmată de repaus. Se poate însoți de semne specifice articulațiilor implicate și poate fi influențată de modificările de presiune atmosferică (meteosensibilitate).

3. **Durerea neurologică** ce poate apare drept consecință a **lombosciaticii**, **herniei de disc lombare** sau se poate datora **neuropatiei periferice** (afectarea nervilor periferici întâlnită într-o serie de boli autoimune sau cauzate de infecții, traumatisme, boli metabolice precum diabetul zaharat sau expunerea la toxice).

4. **Durerea de tip venos** ce apare după **perioade lungi de stat în picioare**, poate îmbrăca forme de la **senzația de picioare grele**, la **cârcei la nivelul gambelor** sau, mai rar a coapselor și se însoțește adesea de edeme (mărirea de volum a membrului afectat prin acumularea de lichid), fenomene care se ameliorează odată cu repausul fizic, mai ales dacă se ridică ușor picioarele de pe planul patului (pe 1-2 perne).

5. **Durerea de cauza arterială** se diferențiază la rândul ei în două categorii:

- **cronică** - atunci când una din arterele de la nivelul membrelor inferioare prezintă o ingustare (stenoză) semnificativă, iar țesuturile situate sub acest nivel suferă printr-o irigare insuficientă.

Acest tip de durere recunoaște un istoric adesea îndelungat, apare inițial la mers pe distanțe progresiv mai mici, pentru ca mai târziu, odată cu avansarea stenozei, să apară și în cursul nopții, pacienții adoptând diverse poziții care le ușurează suferința.

Acest tip de durere este legat cel mai frecvent de afecțiuni precum **diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, creșterea colesterolului, obezitate și fumat**.

- **acută** - atunci când se produce o **obstrucție** (înfundare) **bruscă a unei artere**, iar durerea apare dintr-o dată, este de intensitate mare, nu cedează la tratament și se însoțește de semne specifice (paloare, tulburări de sensibilitate și motorii până la paralizie).

Acest eveniment trebuie recunoscut rapid deoarece impune tratament prompt, în lipsa căruia este pusă în pericol **viabilitatea membrului inferior** afectat sau chiar **viața pacientului**.

Pe lângă cele mai sus menționate, există numeroase alte cauze de durere la nivelul picioarelor de aceea atunci când apare acest simptom, **consultația de specialitate** este cea mai în măsură să orienteze pacientul către cauza ei și să ofere resurse pentru ameliorare.

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

Chimioterapia cu spitalizare de zi se va muta într-un spațiu amenajat la parterul IRO. Vor fi 56 de paturi

Ancuța POPA

În următoarele două săptămâni, spitalizarea de zi la IRO, de pe Str. Sărărie, va fi mutată într-o locație reabilitată printr-un proiect PNRR. Curțile interioare, care erau libere, au fost reamenajate pentru a găzdui cabinete ambulatorii și tratamente de zi, în cadrul unui proiect finanțat din fonduri structurale, obținut prin Agenția de Dezvoltare Regională Nord-Est. Această decizie a fost luată ca răspuns la numărul mare de pacienți care se adresează IRO.

„În urmă cu aproximativ cinci-șase ani am accesat fonduri prin Programul Operațional Regional prin ADR Nord-Est, în parteneriat cu Consiliul Județean. Atunci am reamenajat curțile interioare pentru activitatea de ambulatoriu și tratament de zi, cabinetele de hematologie, iar gastroenterologia s-a mutat de două sau trei luni de zile. Spațiul celălalt este finalizat, dar n-am putut să-l dăm în folosință pentru că fosta zonă în care era spitalizarea de zi a intrat în reabilitare printr-un proiect PNRR. Zona este terminată de aproximativ două săptămâni, iar acum suntem în proces de mutare. Trebuie să mutăm instalația de incendiu, trebuie să dăm drumul la climatizare, iar firma care a câștigat licitația trebuie să aducă mobilierul. În maximum două săptămâni zona de chimioterapie de pe Str. Sărărie, se va muta în noua locație“, a declarat **Mirela Grosu**, manager IRO Iași.

Noul spațiu destinat chimioterapiei va fi situat la parterul sediului principal al IRO Iași. Această zonă va extinde numărul de paturi pentru tratament de la 30 la 56. Astfel, noua zonă va fi mai spațioasă și va dispune de mai multe calculatoare. Cu această ocazie, au fost scoase la concurs noi posturi de asistenți medicali pentru a acoperi cele două încăperi, care se întind pe două niveluri.

Până acum, chimioterapia în unitatea principală a fost efectuată doar la etajul șase, unde pacienții erau internați continuu. La același etaj, existau două saloane dedicate chimioterapiei de lungă durată, care putea dura până la opt ore. De asemenea, pacienții cu o stare fizică alterată primeau chimioterapia în unitatea principală pentru a evita riscurile. După schimbare, spațiul de pe Str. Sărărie va rămâne destinat terapiilor de zi, dar numai pentru cele de foarte scurtă durată, cum ar fi imunoterapia, care presupune injecții cu o durată de 10 - 15 minute. ●

Îngrijirile paliative: secțiile din Iași în care medicii luptă pentru ca pacienții să moară cu demnitate

Una dintre cele mai sensibile ramuri ale medicinii, pentru pacienți și personal medical laolaltă, o reprezintă îngrijirile paliative. În cazul personalului medical intervine adesea sentimentul de neputință, fiindcă pentru prelungirea vieții unui pacient care ajunge să aibă nevoie de paliație nu se mai poate face nimic. Dar durere poate fi combătută, ameliorată, iar ultimele ore, zile sau săptămâni din viață pot fi trăite cu demnitate. Deși la nivel național, îngrijirile paliative acoperă doar 20% din necesarul populației, Iașul stă mai bine la acest domeniu. Conform datelor furnizate de către Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Iași pentru „Ziarul de Sănătate“, există 588 de paturi de paliație la nivelul județului, 60% dintre acestea la nivelul unităților medicale private. Există însă loc de creștere pe piața privată, fiind mereu liste de așteptare, în timp ce la spitalele de stat presiunea pentru ocuparea locurilor pe compartimentele și secțiile de paliație este foarte mare. Iar dacă la privat pacienții pot sta cu lunile, câtă vreme aparținătorii au banii necesari pentru a acoperi costurile de spitalizare, la stat pacienții sunt aduși fie doar o perioadă scurtă de timp, până la stabilizare, fie în ultimele momente ale unei boli terminale, rămânând acolo până se sting din viață.

Piața privată a paliativelor: cel mai mare operator din Moldova crede că este încă loc de creștere. Costuri începând cu 4.500 de lei / lună

Cătălin HOPULELE

Pe piața „afacerilor“ în domeniul sănătății, îngrijirile paliative reprezintă una dintre plajele cele mai mari de creștere, prin simplul fapt că cererea este în continuare mult mai mare decât ceea ce poate oferi cumulat sistemul, fie el de stat sau privat. Pe piața din Iași există, conform datelor obținute de „Ziarul de Sănătate“ de la Casa Județeană pentru Asigurări de Sănătate, patru unități medicale care au paturi pentru îngrijiri paliative: Red Hospital (Spitalul „Sf. Sava“), cu 209 paturi, Elytis Hospital Hope, cu 100 de paturi, Centrul medical Micu Vasile, cu 30 de paturi, și Arcadia Hospital, cu 18 paturi.

Spitalul „Sf. Sava“ are 209 paturi pentru îngrijire paliativă, fiind unul dintre cei mai mari astfel de operatori din țară, după numărul de paturi, conform unui top realizat de Ziarul Financiar. Conform sursei citate, pe poziția a doua se află MedLife, iar pe locul întâi Sanador. Afacerea a fost înființată de omul de afaceri Viorel Blăjuț, în 2011, care între timp s-a retras din structura de conducere. Mirela Blăjuț, consilier juridic al unității medicale, soția acestuia, spune că există în continuare dorință de extindere, dar după pandemie și multiplele modificări în legislația în domeniu, lucrurile sunt puse în stand-by.

Condiții bune la costuri care trebuie să acopere serviciile necesare

Extinderea afacerii a fost una exponențială. De la spitalul inaugurat în 2011, cu doar 86 de paturi, s-a ajuns în prezent la o capacitate de 209 pacienți. 45 dintre aceștia sunt internați la Secția externă Bucium, în timp ce restul sunt în spitalul de 12 etaje construit în centru. ***„Sunt acceptați orice pacienți, cu orice afecțiune, aflați de cele mai multe ori în faze terminale“,*** a explicat Mirela Blăjuț. Lista de așteptare există în permanență, spune aceasta: spre exemplu, în 2024, din ianuarie până în mai, a fost una mai redusă ca lungime, dar în permanență au fost minimum zece persoane care așteptau să se elibereze un loc pentru a putea fi internate.

Pacienții sunt internați în saloane de trei sau patru paturi sau în rezerve de două persoane. Fiecare încăpere este dotată cu grup sanitar, camere de supraveghere video, buton de panică, un televizor și frigider, există o sală de socializare, o terasă în aer liber, iar spitalul promovează pe propriul site faptul că oferă ***„perioadă nelimitată de internare“*** pentru orice fel de boală, neurologică, oncologică, afecțiuni psihice etc.

Perioada aceasta nelimitată vine însă cu unele costuri semnificative pentru familia persoanei internate. O zi de îngrijire și de internare pornește de la un minim de 145 de lei, fiind 165 de lei la o rezervă. La Secția externă din Bucium, costurile sunt de 180 de lei/ zi/ persoană. Ceea ce ar însemna că, în medie, costurile pornesc de la aproape 4.500 de lei pentru un loc într-un salon, 5.000 într-o rezervă, și 5.500 pentru locurile din Bucium.

„Acestea reprezintă un minim de costuri, pentru dacă sunt alte servicii de asigurat, pe care noi nu le avem, se achită separat. De exemplu analize sau tratamente nu sunt prinse în programele naționale. Noi avem doar îngrijiri paliative și o clinică, separată, de recuperare medicală, unde avem 16 paturi, pe lângă cele 209. Sunt asigurate în această sumă de bani serviciile de spitalizare/ cazare, cele trei mese pe zi, asistența medicală oferită de către asistente și medici, conform normelor impuse de Ministerul Sănătății. Totodată asigură și medicamentele și medicația de bază, curentă, pentru febră, diaree, durere și altele de genul acesta: prevenirea și tratarea escarelor, scutece, plasturi, tot ce înseamnă partea medicală pentru un confort cât mai ridicat al pacientului“, a declarat Mirela Blăjuț.

Investiții noi, după ce situația se stabilizează

În prezent, spitalul este ocupat 100%, dar situația este dinamică. Pacienții care ajung de regulă sunt în fază terminală, spune Mirela Blăjuț. Au existat și weekenduri în care s-au înregistrat până la zece decese, eliberându-se astfel zece locuri de pe lista de așteptare. ***„Nu poți ști niciodată cât va trăi unul dintre pacienții care se internează. Dar pe această piață încă mai este loc de dezvoltare, piața mai cere asemenea forme de îngrijire medicală. Unitățile existente sunt insuficiente, totul este foarte plin, iar problema la unele unități de stat este că nu pot să ofere servicii și pe termen lung pentru pacienți, dat fiind numărul foarte mare. Și la noi unele locuri se eliberează la solicitarea familiilor, fiind decizia lor, dacă pacientul e conștient, ca ultima perioadă din viață să o petreacă în familie. Dar este și o chestiune financiară, costurile din privat nu și le poate permite toate lumea, fiindcă încă nu suntem o societate cu un nivel ridicat al veniturilor“***, a explicat Mirela Blăjuț.

S-a luat demult în calcul o extindere, dar legislația schimbată des în domeniul medical și cel fiscal, cât și pandemia, au pus pe pauză orice plan de extindere în acest sens.

„Nu putem să ne aruncăm în investiții de mare amploare, doar construcțiile și personalul ar implica costuri foarte mari. Ne dorim asta, avem niște clădiri în portofoliul grupului nostru de firme pe care le-am putea folosi într-o eventuală extindere, dar așteptăm o stabilizare a contextului politic și social. Noi, spitalele private, nu suntem deloc ajutate de stat, suntem ca orice SRL, e problema fiecăruia cum se descurcă, cum își plătește, ce încasează. În zona București, spre exemplu, pentru internarea pe un loc de paliative sunt costuri cel puțin triple de coplată. În Moldova sunt prețurile cele mai reduse“, a punctat Mirela Blăjuț.

17 paturi pline mereu pentru ameliorarea suferinței copiilor care nu mai pot fi salvați

Ina DUMITRESCU

Spitalul de Copii „Sf. Maria“ din Iași este cea mai mare unitate de pediatrie care tratează pacienți din întreaga Moldova. Deși aici găsesc vindecarea diverselor afecțiuni sute de copii, există în spital un loc în care nu se mai poate vorbi de tratament, recuperare sau vindecare. Și, din păcate, Compartimentul de Îngrijiri Paliative, unde copiii care, în loc să se afle la început de drum, vin să-și amelioreze afecțiunile pe care le vor avea toată viața, este prea mic pentru numărul mare de solicitări.

La început, compartimentul avea în componență doar cinci paturi care erau în permanență ocupate. Ca urmare a adresabilității extrem de mari, de la 1 noiembrie 2023 compartimentul are 17 paturi pentru paliație. **Alina Belu**, managerul Spitalului de Copii „Sf. Maria“ din Iași, spune că această creștere se datorează gradului de ocupare de 100%, care se menține și acum.

Încă de la început, de fapt, cele cinci paturi reprezentau un număr foarte mic față de nevoile existente. Și la ora actuală continuă să fie extrem de multe solicitări pentru acest serviciu de îngrijiri paliative.

„Compartimentul este dedicat pacienților în faza terminală a bolii, fără variante de tratament disponibile în țară sau străinătate. Internarea în acest compartiment se realizează doar cu acordul părintelui. Aici, pacienții primesc îngrijirile medicale necesare, cât și un tratament pentru managementul durerii, un factor foarte de important în gestionarea calității vieții. Accesul în compartiment se face doar după ce o comisie medicală analizează dosarul medical și recomandă ca indicație internarea în paliație“, explică managerul spitalului.

În compartimentul de paliație se internează copii cu patologie în fază terminală din oncologie, cardiologie, neurologie, nefrologie, gastroenterologie. Cei mai mulți însă sunt din Clinica de Oncologie Pediatrică. Înainte de apariția acestui compartiment, copiii nu erau trimiși acasă cu familiile, spunându-le că nu se poate face nimic, ci primeau asistență medicală în secțiile spitalului.

Unul dintre cele mai importante momente marcate de personalul medical este ziua de 14 octombrie, o zi ca oricare alta în calendar pentru mulți dintre noi. Dar este o dată specială, pentru că atunci este Ziua Internațională de conștientizare a nevoii de îngrijire paliativă pediatrică.

„Aici se moare altfel“ – reportaj ZDI din 2020

„Ziarul de Iași“ a realizat un amplu material, în 2020, semnat de **Mădălina Olariu**, pe vremea în care erau doar cinci paturi pentru acești copii, vorbind cu coordonatorul acestui compartiment, **dr. Antonela Ciobanu.** Redăm în continuare experiența acesteia de a îngriji copiii pentru care, din punct de vedere medical, s-a făcut tot ce s-a putut.

„În oncologie e mai greu decât în alte secții... Aici auzi durerea mămicii care spune «copilul trebuia să mă îngroape pe mine, nu eu pe el»“, povestește dr. Antonela Ciobanu, medic primar pediatrie, coordonator al Compartimentului de Îngrijiri Paliative de la Spitalul de Copii „Sf. Maria“ din Iași. Este singurul medic cu atestat în îngrijiri paliative și are o misiune care îți rupe inima: grija de copiii ce nu mai pot spera la vindecare. Spune că aici este nevoie de infinit mai multă răbdare, dar și de o deschidere mult mai mare față de pacienți comparativ cu alte secții. ***„Aici se moare altfel“.***

Medicii spun că nu există perioadă în care paturile să fie libere, ci din contră, au observat că în ultimul an cazurile s-au mai înmulțit.

„De aproximativ un an este aproape mereu plin, din punct de vedere oncologic în pediatrie există o creștere în ultimii ani. Creșterea adresabilității la noi o pun și pe baza faptului că a început să fie cunoscută în rândul părinților existența acestei secții“, a precizat dr. Antonela Ciobanu. Deși de multe ori îngrijirile paliative se asociază doar cu cancerul sau cu pacienți aflați la finalul vieții, aici ajung în general cei afectați de boli care nu se pot vindeca și care pot să beneficieze de alte îngrijiri decât simplul tratament al bolii, fiind oferit suport din mai multe puncte de vedere și ușurând astfel pe cât posibil suferința copiilor.

Ce este, de fapt, paliația?

În Ordinul nr. 253/2018 referitor la regulamentul de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, acestea reprezintă ***„un tip de îngrijire care combină intervenții și tratamente având ca scop îmbunătățirea calității vieții pacienților și familiilor acestora, pentru a face față problemelor asociate cu boala amenințătoare de viață, prin prevenirea și înlăturarea suferinței, prin identificarea precoce, evaluarea corectă și tratamentul durerii și al altor probleme fizice, psiho-sociale și spirituale“.***

Astfel, echipa nu se rezumă doar la cea formată din medici, asistenți, infirmiere și îngrijitoare, în acest caz adăugându-se și un psiholog, un asistent social, un kinetoterapeut, un preot sau un pastor. În compartiment lucrează (*n.red. la nivelul anului 2020*) șase asistente, cinci infirmiere și un medic, dr. Antonela Ciobanu fiind singurul medic cu atestat în îngrijiri paliative.

Cel mai mic pacient care a ajuns aici avea doar trei luni: suferea de o malformație congenitală care nu îi permitea să aibă o viață normală. De obicei, bebelușii care au ajuns în compartiment aveau malformații sau diferite afecțiuni pentru care era nevoie de oxigen. Din această cauză, dar și pentru că făceau infecții în mod repetat, nu puteau să fie tratați acasă, îngrijirile de care au nevoie fiind speciale, pe care părinții, oricât și-ar dori, nu le pot asigura.

Specialiștii spun că una dintre probleme este că nu toate familiile își permit să aibă parte de îngrijiri la domiciliu specializate după ce pleacă din spital. De exemplu, medicii au avut grijă de o adolescentă care, din cauza unei tumori cerebrale, a rămas paralizată la pat, în timp ajungând să își piardă și vederea. ***„Din cauză că era imobilizată, a ajuns la 90 de kilograme, ceea ce făcea și mai dificil să poată fi transportată pe scări. Noi aici o duceam cu targa sau cu scaunul cu rotile, dar acasă, stând la etajul I, într-un bloc fără lift, familia formată din mamă și bunică nu avea cum sa o mobilizeze să se ducă la un centru să facă kinetoterapie. Nu era suficient să facă doar gimnastică la pat, trebuia să facă mobilizare la sală“***, povestește dr. Ciobanu.

Medicul spune că sunt zile când chiar și acum mama o mai sună și le povestește medicilor că fata e nevoită să stea doar în fotoliu și nu poate să facă recuperarea așa cum ar trebui. Durata medie de spitalizare, după cum este contractată cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate, este de 19 zile. Atunci când am vizitat compartimentul, erau internate cinci cazuri pe cele cinci paturi, toți fiind băieți. Doi dintre ei aveau tetraplegie, adică paralizie la mâini și picioare, dar și un retard sever, fiind imobilizați la pat și având nevoie să fie hrăniți prin sonda de gavaj. Ceilalți aveau tumoră cerebrală, mucoviscidoză, ciroză sau malformație a inimii.

Dificultatea de a accepta diagnosticul copilului tău

„Copilul se uită la tine și te întreabă: «nu e așa că o să mă fac bine?»“. Acesta este unul dintre cele mai grele momente, după cum spune dr. Ciobanu, mai ales atunci când părinții trebuie să îi ofere și un răspuns copilului afectat de boală.

Medicul spune că sunt două categorii de părinți în cazul copiilor cu vârstă mai mare: cei care discută deschis cu copiii și știu ce boală au, dar și părinți care refuză să îi spună copilului ce boală au și că nu există șansă de vindecare.

„În cazul părinților care refuză să le spună copiilor ce boală au, apare un prag peste care nu avem cum să trecem. Am avut cu mulți ani în urmă, la Oncologie, un copil a cărui mamă se încăpățâna să nu îi spună ce boală are. Între ei era o situație foarte tensionată, el știa ce boala are, avea atunci 17 ani, știa să caute pe Internet unde a și găsit că este vorba despre limfom, dar mama refuza efectiv să îi spună. Apoi s-a ajuns ca el să o acuze că nu are încredere în el ca să discute deschis“, a mai spus dr. Antonela Ciobanu.

Mai mult, mama încerca să îi convingă pe medici să nu menționeze în scrisoarea de externare care este diagnosticul, pentru a ține ascuns cât mai mult timp. De asemenea, există și părinți care refuză să vină în acest compartiment, pentru că nu vor de fapt să accepte diagnosticul, sperând că dacă rămân internați la Oncologie se mai poate schimba ceva.

„Din păcate, vine un moment pentru unii copii când nu mai ai variante terapeutice, boala progresează, pentru că nu mai avem cum să o tratăm, și singurele tratamente care rămân sunt aceste îngrijiri paliative. Adică e important să îi putem asigura confortul – să nu aibă dureri, să poată respira, să se poată hrăni. Atunci, acestea sunt îngrijiri asigurate de paliație“, a completat medicul ieșean.

Viața medicilor pe secția unde jumătate din pacienți mor în câteva săptămâni de la internare. „Ne-am asumat asta de la început“

Cătălin HOPULELE

Cele mai multe solicitări venite la unitățile medicale din toată țara cu privire la îngrijirile paliative provin din zona oncologică. Pacienții cu cancer în fază terminală au nevoie, adesea, de un ajutor pe care România nu este pregătită să-l ofere acasă: prin asistente și infirmiere specializate, care să meargă sau să stea la domiciliul pacientului. Astfel că familiile acestora se înscriu pe listele lungi de așteptare de la unitățile de îngrijiri paliative sau ajung chiar să sune la 112 când văd că durerea celor de acasă este atât de mare, încât nu știu cum să îi mai ajute.

„Măsură în care o țară are grijă de bătrânii ei reflectă gradul de civilizație și de respect al acelei țări. Poți să îți dai seama de eficiența sistemului de sănătate dintr-o țară uitându-te la două lucruri: programele de screening și la modul în care își îngrijește bătrânii, dacă sunt singuri acasă, cu boli cronice sau cancer. Din păcate, România încă este deficitară la capitolele acestea“, spune dr. Vladimir Poroch, medic primar în cadrul Institutul Regional de Oncologie, care coordonează Secția de Îngrijiri Paliative încă de la înființarea IRO, din 2012.

O secție care n-a fost închisă niciodată

Dr. Vladimir Poroch a explicat pentru „Ziarul de Sănătate“ că întreg personalul medical trăiește sub presiunea listei de așteptare. Nu a fost închisă niciodată secția în toți acești 12 ani, decât parțial și pentru scurt timp, doar unele saloane, când s-a făcut dezinfecție. Nici măcar în pandemie, când a fost perioada de lockdown, și oamenii stăteau în casă și vorbeau cu medicii prin telefoane, specialiștii de la IRO era prezenți la pacienții lor, care își trăiau ultimele zile și săptămâni pe cele 28 de paturi de la paliative.

„Nu am avut închisă niciodată secția și cred că e un lucru admirabil, mai ales că în pandemie am fost mai mulți bolnavi, și eu am avut o formă medie de COVID-19 și am fost internat, dar activitatea a continuat. Avem aproape 50 de angajați, aproape dublu față de numărul de paturi. Avem inclusiv un kinetoterapeut, un psiholog și colaborăm îndeaproape cu preotul spitalului, care e angajatul unității. Avem doar pacienți oncologici, e primul criteriu de internare: să fie o boală oncologică. Restul afecțiunilor, care pot fi, la fel, foarte grave, sunt la pacienții care au diagnostic principal cancerul“, spune dr. Vladimir Poroch.

A avut internați pacienți care au suferit de insuficiență cardiacă, care aveau nevoie să meargă la dializă de câteva ori pe săptămână, inclusiv cu afecțiuni psihiatrice sau cu Parkinson. Dar lucrul care-i lega pe toți era că speranța lor de viață era una extrem de limitată, iar cancerul era principalul diagnostic.

Cel mai greu de ucis: speranța la vindecare

Uneori lumea încă mai crede, explică specialistul, că există speranțe de vindecare, chiar și cele mai mici, atunci când vin la paliative. Dar singurul motiv pentru care vin pacienții acolo este ca ultimele ore, zile, săptămâni și, în cel mai bun caz, luni din viață, să fie trăite decent, cu cât mai puțină durere, alături de oameni care înțeleg și empatizează cu suferința lor.

Iar personalul medical care se angajează la o astfel de muncă trebuie să aibă un moral de fier: mortalitatea este de până în 60%, iar cei care se externează în stare ameliorată își petrec ultimele momente din viață alături de familie.

„Sunt pacienți cu cancer în fază terminală. Acum, principiul modern al îngrijirilor paliative spune că ele trebuie începute cât mai precoce, odată cu diagnosticul bolii, al cancerului, și pot fi practicate în paralel cu celelalte intervenții care încearcă vindecarea bolii sau prelungirea vieții: chimioterapia, radioterapie, chirurgii oncologice etc. De aceea putem spune că am avut pacienți care beneficiau și de tratament oncologic activ, dar în același timp veneau o perioadă de timp, după o operație sau o anumită terapie, să primească de la noi tratament simptomatic și suportiv, pentru a îmbunătăți calitatea vieții“, a punctat dr. Vladimir Poroch.

Dr. Vladimir Poroch

Una dintre cele mai grele misiuni, explică specialistul, este să nu le ofere oamenilor speranțe false. Da, îngrijirile paliative pot ameliora din durere, pot lua din suferință, inclusiv pe plan psiho-emoțional, dar dacă un pacient ajunge acolo, boala nu mai poate fi vindecată. Rămâne doar o chestiune de timp: cât anume va putea primi acest tratament până se va stinge, iar locul lui să fie luat de un alt pacient într-o situație similară.

„Cu asta ne ocupăm, știm ce înseamnă și ne-am asumat asta de la început. Nimeni nu a pornit pe drumul acesta, de a fi profesionist în paliație, gândindu-se că va vindeca lumea. Din păcate, aceasta este limita cunoașterii medicale raportată la unele patologii și cancere. Dacă s-ar fi cunoscut un medicament, un tratament, care să vindece... dar nu, la multe încă nu există, așa că iată-ne aici. Sunt atâția oameni care mor de cancer, atâtea cazuri celebre din alte țări, din SUA, care erau super milionari și tot au murit. Dacă exista vreun tratament care i-ar fi permis să trăiască în continuare, l-ar fi primit, deci nu este problema de resurse“, a mai detaliat dr. Vladimir Poroch.

„Colegii mei se transformă în timpul serviciului“

„Ne-am asumat de la început acest lucru, cum își asumă fiecare profesie. Nici la ATI nu e ușor, nici în UPU“, spune medicul. Dar acesta explică faptul că meseria are și satisfacții, chiar dacă este evident că nu e pentru oricine. Trebuie persoane care să aibă o anumită structură, ca personalitate, ca suflet, să aibă o empatie profundă și o bună capacitate de a comunica. Nu trebuie să intre în sală, spune expertul, cineva care să plângă umăr la umăr cu pacientul, dar nici cineva care să se identifice atât de tare încât să existe riscul ca ceva din el să moară odată cu bolnavul.

„Riscul de a face burnout este mare. Vezi omul ăla cum vine, în ce stare este, îi arăți că poate să mai și zâmbească, că poate fi liniștit, iar el îți mulțumește pentru asta și vede că și ultima etapă din viață poate fi memorabilă. Pot fi valorizată și momentele de la final, atunci când știi că acesta vine. Închipuiți-vă că, Doamne ferește, aflați că mai aveți o lună de trăit. Intrați într-un vârtej de nici nu mai știi ce să faci, ai și boala care te trage, ai și simptome, ești slăbit. Nu este doar povara psihică, este și cea psihică, amplificată de multe ori de greață, vărsături, dificultăți de respirație, constipație, diaree. Sunt multe dureri care te pot chinui, o parte chiar de la tratament care nu prelungește supraviețuirea, doar ajută în îmbunătățirea calității vieții, în controlarea durerii“, a mai detaliat dr. Vladimir Poroch.

De aceea, personalul medical care face asta trebuie să fie persoane echilibrate, să poată fi alături și uman de pacienți, nu doar medical. Să poată împărți, spune dr. Poroch, din resursele sufletești, din credibilitate și din empatie, fără să rămână un gol în urmă.

„Colegii mei aproape că se transformă în timpul serviciului lor. Ține de structura fiecăruia, dar expresia biblică «iubește-ți aproapele ca pe tine însuți» nu este una a narcisismului. Înseamnă să fii ok cu tine, să poți să iubești și să fii ok cu ceilalți. Dacă tu ești deprimat și te întâlnești cu un pacient terminal care are și el depresia lui și nu știe ce să facă, vine vestea cu prognosticul, plângi și tu, plânge și el nonstop, așa nu îl poți ajuta. Dacă nu ai resurse să dai mai departe o parte din ființa ta, nu poți fi de ajutor“, a explicat dr. Vladimir Poroch.

Povestea asistentei care a murit între Crăciun și Anul Nou

În general, cazurile de tineri care ajung pe paturile din secția sa îl impresionează cel mai tare. Tineri de 18, 20 de ani, care știu că mai au de trăit doar câteva săptămâni. Își aduce aminte multe dintre astfel de cazuri, unele dintre ele atât de bine încât nu le va uita toată viața. Spre exemplu, o tânără de 20 de ani s-a căsătorit în timp ce era internată și a murit la mai puțin de o lună după acel moment.

Dar situația pe care nu o va putea uita dr. Vladimir Poroch toată viața s-a întâmplat de sărbătorile de la finalul anului, în prima perioadă de la deschiderea compartimentului. Era internată pe secție o asistentă medicală, cu mulți ani înaintea pandemiei, care știa diagnosticul, înțelegea ce i se întâmplă, dar care avea un status bun, deși avea un diagnostic dur și un prognostic limitat de timp.

„Când urma să vină Crăciunului și Revelionul, starea ei s-a degradat grav. Dar era conștientă și te puteai înțelege cu ea. M-am întors seara, la o tură de vizite, fiind sărbătorile și urmând câteva zile libere, am intrat la ea în rezervă și țin minte exact totul: patul cum era așezat, cum stătea în el, cum era mobilată rezerva, chiar dacă au trecut ani de zile. I-am urat «Sărbători fericite!», i-am spus că vorbim când mă întorc după zilele libere și înainte să ies pe ușa salonului mi-a spus doar atât. «Așa este, domnule doctor, că acum ne vedem pentru ultima oară?» N-am știut ce să îi spun, am mers la ea, am sărutat-o pe obraji, am strâns-o în brațe și am plecat. Nu am spus nimic, am plâns când am ieșit afară, abia mă abțineam să nu plâng de față cu ea. Și a avut dreptate: după Revelion, când m-am întors, n-am mai găsit-o“, a povestit dr. Vladimir Poroch.

În România, doar 20% din serviciile necesare de paliație sunt acoperite

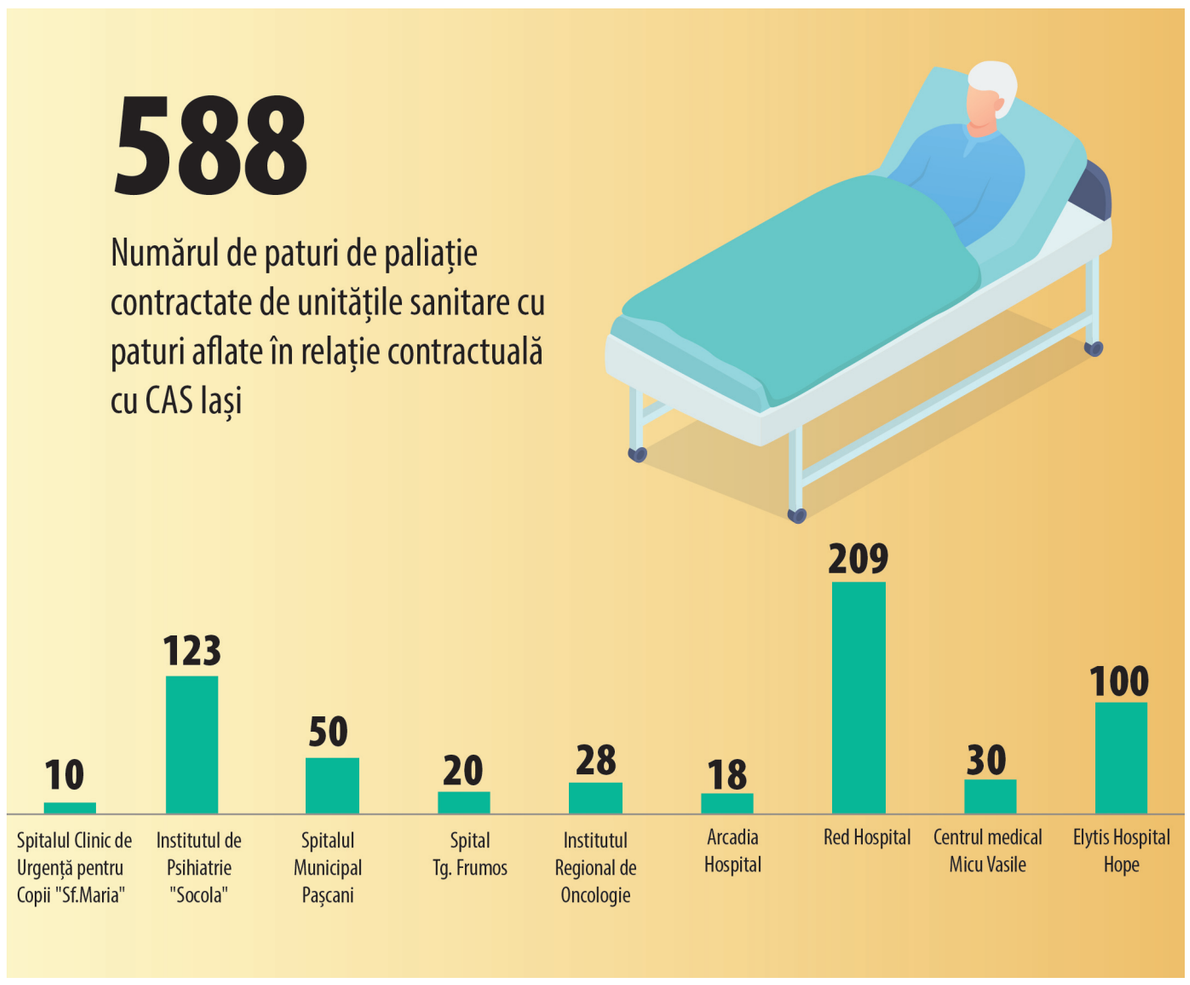
Media de spitalizare la paliative, la IRO, este de sub 20 de zile. Pacienții ajung în stare terminală, unii mor chiar la câteva ore de la internare, alții la câteva zile. Dr. Poroch spune că internarea în stare terminală nu este o practică foarte ok, decât dacă pacientul sau familia sa nu au alte resurse: nu e confort nici pentru pacient, nici pentru familie și sunt folosite resursele medicale importante pentru a-l transporta la urgențe, între spitale și, în final, la paliative.

În calitatea de președinte al Societății Naționale de Paliație, dr. Vladimir Poroch spune că cea mai mare problemă este, în continuare, gradul de acoperire cu servicii de paliație raportat la nevoia românilor. În momentul de față este acoperit circa 20% din necesar, o mare parte de zona privată în sănătate.

„Este adevărat că pentru a ajunge la acest 20% s-au făcut și se fac eforturi formidabile la nivel național. Sunt acum ambulatorii de paliație, se fac servicii și la domiciliu, sunt mai multe facilități la internarea de zi. Gradul de acoperire a crescut, dar 20% este încă foarte puțin, înseamnă că mulți pacienți sunt în suferință și nu primesc îngrijirea de care ar avea nevoie. În continuare sunt județe în România, apropo de distribuție inechitabilă, care nu au servicii de paliație, mai ales în Sud-Vestul țării“, a specificat dr. Vladimir Poroch.

Din Moldova, cel mai bine stă Iașul și cele mai puține paturi sunt în Botoșani și la Vaslui, spune medicul. A doua problemă majoră identificată de acest, care se referă și la întreg sistemul medical, ține de lipsa unui plan coordonat a unui traseu al pacientului după externare sau înainte de internare. Sistemul de sănătate din România este centrat pe spitale, care consumă și cele mai mari resurse, pentru că au nevoie de ele, dar nu există servicii conexe.

„Dacă se externează, cine îl preia? Cine are grijă? Dacă e o urgență, cine poate să sune undeva, nu doar la 112? Că ajung pacienții în stare terminală la UPU și nu e normal să se întâmple asta. Dar se întâmplă pentru că familiile nu au altă soluție pentru domiciliu și apelează la aceste servicii. Dacă nu ai infrastructură conexă, ai probleme speciale, apelezi spitalul și asta costă mai mult decât dacă ar fi și alte servicii în sistem. Nu avem un call center pentru pacienți, pentru profesioniști, nu există o coordonare metodologică cu spitalele din teritoriu. Și există desigur și problema finanțării“, a completat medicul. ●



Îngrijirea paliativă pentru pacienții cu demență severă devine adesea „un moment de respiro“ pentru familie

Ina DUMITRESCU

Cele mai multe paturi de îngrijiri paliative de la nivelul județului Iași, într-un spital public, sunt în 2 secții din cadrul Institutului de Psihiatrie Socola. Este vorba de Secția de Îngrijiri Paliative din Bucium, cu 25 de paturi, și Secția Exterioară Bârnova, care are o capacitate de 98 de paturi. Ultima funcționează într-o locație care a fost anterior sanatoriu TBC. Clădirea a fost preluată la un moment dat de Institutul de Psihiatrie Socola, care a înființat o secție pentru bolnavii cronici, iar în anul 2016 aceasta a fost transformată în secție de îngrijiri paliative.

Dr. Elena Ungureanu, medic primar psihiatru, șeful Secției Exterioare Bârnova, explică faptul că în secția pe care o conduce sunt internați bolnavii cu degradare psihocognitivă progresivă: cel mai frecvent e vorba de demențe cu forme severe. Totodată, sunt internate și persoane ce au suferit afecțiuni neurologice, cât și accidente vasculare care ulterior au dat un sindrom demențial sau o degradare psihocognitivă.

„Fiind o secție de îngrijiri paliative în cadrul unui spital de psihiatrie monospecialitate, degradarea psihocognitivă este principalul criteriu de internare. De obicei familia se adresează la nivelul secției prezentând documentele de identificare și cele medicale ale pacientului (buletinul, cardul de sănătate, dovada de asigurat, actele medicale cu diagnostice aferente). Purtăm o discuție cu familia vizavi de statusul pacientului. Vrem să aflăm dacă este imobilizat sau nu, dacă este purtător de sonde, dacă are dureri. În funcție de acest bilanț, de locurile disponibile și de criteriile de internare pacientul poate fi acceptat“, a declarat dr. Elena Ungureanu.

Familia, suport în îngrijirea paliativă

În afară de documentele medicale de la neurolog, cardiolog sau scrisoarea medicală eliberată de medicul de familie în care este specificată boala pe care o are și tratamentul cronic pe care îl urmează, pacientul trebuie să aibă obligatoriu o evaluarea psihiatrică pentru stabilirea diagnosticului de demență. În momentul în care se decide internarea și dacă sunt locuri la nivelul secției, pacientul vine cu bilet de trimitere de la medicul de familie sau specialist și se internează. Nu plătește nimic, deoarece serviciile sunt decontate de Casa Județeană de Asigurări de Sănătate.

Spre deosebire de majoritatea unităților medicale din Iași, de stat și private, care oferă servicii de paliație, la Socola nu se internează pacienți pentru o perioadă mai lungă de timp și nu stau acolo până la finalul vieții. Situațiile sunt diferite, de la caz la caz, explică dr. Elena Ungureanu, dar cele mai dramatice rămân cazurile de tineri care sunt internați cu afecțiuni neurologice severe, pe care manualele de specialitate le asociază vârstnicilor.

„Îmi amintesc de o pacientă diagnosticată cu demență severă și scleroză multiplă. Avea în jur de 52 de ani și a fost internată la noi, deoarece familia nu mai putea gestiona situația. Internarea în cadrul secției a fost un respiro pentru familie și un suport real pentru pacientă. Noi încercăm, în paliație, să implicăm cât mai mult aparținătorii. Când observăm că pacientul este cât de cât stabilizat și reușim să găsim un echilibru, îl externăm în familie, urmând să revină în funcție de programare și de nevoi. Mai avem pacienți care, chiar dacă nu stau foarte mult la noi, se simt aici ca acasă. Merg la investigații medicale suplimentare și când revin în secție spun că este foarte bine pentru că s-au întors acasă“, a completat dr. Elena Ungureanu.

Îngrijirea pe patru dimensiuni

Medicul explică faptul că un lucru specific în paliație este îngrijirea holistică pe cele patru dimensiuni: fizică (include aspecte medicale, nursing, mobilitate, nutriție), psiho-emoțională, socială și spirituală.

Partea fizică se referă la evaluarea clinico-biologică prin analize de sânge, examen clinic, investigații imagistice precum radiografii, ecografii, CT, care se pot face în cadrul institutului în funcție de patologia asociată. Parte psihico-emoțională cuprinde evaluarea psihiatrică, examenul psihologic, consiliere psihologică sau terapie prin joc. Pe plan social, se identifică la fiecare pacient problemele sociale pe care le are și resursele în familie sau în comunitate pentru a le rezolva. Ultimul obiectiv este consilierea spirituală și asigurarea suportului religios, cu ajutorul preotului care vine în secție. Extrem de important rămâne și suportul familiei, spune medicul, chiar dacă uneori pacientul nu este conștient de acest lucru.

„Există un program de vizită pentru familii. În fiecare zi sunt activitățile, când unii pacienți trebuie schimbați, hrăniți, să li se facă baie și atunci nu este confortabil pentru ei să interfereze cu familiile altor pacienți imobilizați la pat. Cei mai mulți au forme severe de demență. Aceasta este o degradare a gândirii, a atenției, a memoriei care afectează în special pacientul vârstnic, de peste 65 de ani. La o vârstă mai avansată vorbim de o cauză plurifactorială, adică senilă și vasculară. În forma severă, pacientul este dezorientat, nu mai recunoaște persoanele din jurul lui. Pe măsură ce demența avansează, apare această imobilizare la pat care nu are o cauză organică, dar nu mai există coordonare de la nivel cerebral. Apar tulburările de deglutiție și din acest motiv trebuie foarte mare atenție la administrarea alimentelor și a medicației“, a subliniat dr. Elena Ungureanu. ●

Sindromul de tuse cronică

Dr. Simona Coconel, medic specialist Medicină internă, Arcadia: Tusea cronică la adult este un motiv frecvent de prezentare în serviciul de ambulator.

Această afecțiune este definită ca fiind o **tuse care persistă mai mult de 8 săptămâni**, fiind un reflex de apărare al organismului, generat la contactul mucoasei căilor respiratorii cu iritanți, apărut cu scopul eliminării acestora. Tusea cronică are impact puternic asupra pacientului prin **scăderea calității vieții**.

Întrucât tusea poate fi provocată de cauze diverse la orice nivel în tractul respirator, **este necesară abdordarea multidisciplinară** (ORL, Pneumologie, Alergologie, Gastroenterologie, Neurologie). Uneori cauza poate fi multiplă.

Anamneza și consultul clinic în specialitatea Medicină internă sunt necesare pentru identificarea cât mai rapidă și eficientă a etiologiei. Ușor de exclus sunt fumatul (care poate cauza inflamarea cronică a tractului respirator cu îngustarea acestuia și exces de secreții) și utilizarea inhibitorilor de enzimă de conversie a angiotensinei pentru tratamentul hipertensiunii arteriale.

La majoritatea pacienților nefumători, cu examen radiografic toracic normal, au fost evidențiate trei cauze majore pentru tusea cronică: **sindromul picăturii posterioare nazale** (rinite alergice și non-alergice, sinuzite bacteriene și fungice), **astmul** (tusea putând fi singura manifestare) și **boala de refux gastroesofagian**. O altă cauză relativ frecventă o reprezintă **bronșita cronică eozinofilică non-astmatică**, patologie ușor de diagnosticat și tratat.

Sindromul picăturii posterioare nazale a fost implicat în aproximativ 90% dintre cazurile de tuse cronică.

În cazul bolii de reflux gastrosofagian, cauza tusei poate fi **stimularea reflexă a tusei prin iritarea esofagului terminal de către conținutul gastric** sau **refularea conținutului gastric la nivelul faringelui și laringelui**, manifestată fără senzația de „arsură pe piept" (pirozis), ci doar ca „senzație de nod în gât", hemaj (manevra de îndepărtare a secrețiilor din gât).

În cazul în care există modificări ale radiografiei toracice se vor continua investigațiile prin examen de spută, examen computer tomografic toracic, bronhoscopie, spirometrie cu test de bronhodilatație.

Fiecare dintre cauze își are tratamentul specific. Oprirea fumatului și a tratamentului cu inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei poate duce la stoparea tusei în luna următoare.

Pentru aflarea cauzei și implementarea tratamentului tusei cronice este necesară prezentarea la medic și demararea investigațiilor.

Puteți programa o consultație de Medicină internă prin apel la numărul de telefon **0232 920, Call Center Arcadia**. www.arcadiamedical.ro

În faze incipiente, cancerul pulmonar poate fi vindecat

Marina Florea, Iași: *„Tatăl meu are 59 de ani, locuiește în Pașcani și, la un control de rutină, a fost diagnosticat cu cancer pulmonar, stadiul II. La medic a ajuns la insistențele mamei, pentru că tușea de luni bune. Din toamna trecută a tot luat tratament după tratament, fără niciun efect. Tatăl meu lucrează în construcții, este fumător, fumează un pachet de țigări pe zi, uneori mai mult și, din povestirile lui fumează de la 14 ani. Și eu și mama l-am rugat să se lase dar fără succes. Acum este speriat și pare dispus să renunțe la țigări numai că nu știm cât o să-l ajute. Medicul de familie ne-a spus că ar trebui să meargă pentru investigații amănunțite la Institutul de Oncologie din Iași. Am vrea să știm ce se mai poate face în această situație".*

Dr. Dana Clement, medic primar oncolog în cadrul Institutului Regional de Oncologie Iași: „Cancerul bronho-pulmonar reprezintă principala neoplazie la sexul masculin și una dintre cele mai frecvente la femei, ocupând în același timp primul loc în ceea ce privește mortalitatea prin cancer.

Există dovezi științifice care atestă legătura dintre fumat și apariția cancerului pulmonar și mă refer la studii care evidențiază faptul că marii fumători (adică persoanele care au un istoric de 30 de ani de fumat, în medie, un pachet de țigări pe zi) au un risc de 15 până la 20 de ori mai mare decât nefumătorii de a face acest tip de cancer. Cu toate acestea, campaniile anti fumat care se desfășoară de câteva decenii nu au reușit să reducă semnificativ incidența acestei neoplazii.

Ca și în alte patologii oncologice, și în cazul cancerului bronho-pulmonar, diagnosticul bolii într-un stadiu incipient reprezintă, de departe, cel mai important factor care poate determina vindecarea bolii, astfel explicându-se eforturile care se fac prin campanii de informare sau de screening pentru creșterea depistării bolii în stadii precoce.

Influența pe care stadiul bolii la diagnostic o are asupra supraviețuirii pe termen lung a pacienților cu cancer bronho-pulmonar este evidentă atunci când privim datele de statistică care asociază unui stadiu incipient de boală o speranță de viață la 5 ani de 65-70%, în timp ce pentru stadiile metastatice, din momentul diagnosticului, supraviețuirea la 5 ani se reduce cu mult.

Ultimii ani au însemnat o perioadă de mari schimbări și progrese în ceea ce privește tratamentul pacienților cu cancere pulmonare, au adus noi posibilități terapeutice, și mă refer la noi clase de compuși, cum sunt terapiile moleculare țintite și, mai nou, imunoterapia, care au revoluționat abordarea acestor pacienți și, mai ales, au reușit să dubleze supraviețuirea pentru stadiile avansate și metastatice de boală.

Recent, aceste noi clase de compuși și-au demonstrat eficiența și în stadiile incipiente ale cancerului pulmonar astfel încât, alături de intervenția chirurgicală, terapiile țintite, chimioterapia sau imunoterapia fac parte din abordarea multimodală a stadiilor I, II și III de boală.

Vreau să subliniez faptul că, în România, în acest moment, sunt rambursate multe dintre aceste terapii inovatoare și Institutul Regional de Oncologie din Iași poate efectua aceste tratamente pacienților cu neoplasm bronho-pulmonar.

În ceea ce privește situația expusă în scrisoarea adresată redacției, înțeleg că este vorba despre un pacient cu șanse de vindecare, și anume cu un neoplasm pulmonar surprins într-un stadiu incipient, lucru care se întamplă destul de rar, ținând cont de faptul că boala nu prezintă simptome specifice în acest moment al evoluției ei.

De aceea, încurajez pacientul să se prezinte cât mai repede la un spital care are un serviciu de Chirurgie Toracică, și aici suntem din nou norocoși, Iașul având nu unul ci două astfel de spitale, unde probabil se va putea efectua o intervenție chirurgicală cu scop curativ. Ulterior, funcție de stadializarea anatomopatologică și de alte evaluări specifice, se va decide oportunitatea unui tratament adjuvant sistemic, scopul acestuia fiind eradicarea bolii reziduale microscopice postchirurgicale și, prin aceasta, creșterea speranței de supraviețuire pe termen lung și chiar de vindecare.

Va doresc multă sănătate și sunt gata să vă ajut, în măsura în care îmi stă în putință!"

Ne ajută radiațiile ultraviolete să slăbim?

O echipă de dermatologi de la Spitalul Național Universitar din Seul a evaluat efectul expunerii la ultraviolete (UV) asupra apetitului și reglării greutății. Aceștia au descoperit că expunerea la UV crește nivelul de norepinefrină, scade nivelul de leptină și induce „brunificarea" - transformarea în grăsime brună, benefică organismului - grăsimii subcutanate, crescând astfel cheltuielile energetice.

Aceste rezultate deschid potențial calea pentru noi abordări în vederea prevenirii și tratării obezității și a tulburărilor metabolice. Descoperirile au fost publicate în Journal of Investigative Dermatology.

Radiațiile UV sunt un factor de mediu care are efecte multiple asupra pielii, țesut ce cuprinde o suprafață substanțială a corpului uman. Radiațiile UV induc efecte dăunătoare, cum ar fi arsurile solare, fotoîmbătrânirea și cancerul de piele; cu toate acestea, ele sunt, de asemenea, asociate cu efecte benefice, cum ar fi sinteza vitaminei D.

Dovezi recente au sugerat că expunerea la UV limitează creșterea în greutate corporală în modelele de obezitate la șoareci. Grăsimea subcutanată este un țesut cheie în reglarea homeostaziei energetice.

Alături de studiile anterioare privind efectele expunerii la UV asupra obezității și tulburărilor metabolice, echipa spune că a fost inspirată de descoperirea anterioară că, deși razele UV nu ajung direct la grăsimea subcutanată atunci când sunt expuse la nivelul pielii, acestea pot regla metabolismul grăsimii subcutanate.

„Acest lucru ne-a determinat să emitem ipoteza că expunerea pielii la razele UV ar putea juca un rol semnificativ în homeostazia energetică sistemică, ceea ce a determinat această cercetare", au explicat autorii noii cercetări conduse de Departamentul de Dermatologie, al Spitalului Universității Naționale din Seul.

Echipa a descoperit că, atunci când au fost expuși în mod constant la radiații UV, șoarecii hrăniți cu o dietă normală și cei cu o dietă bogată în grăsimi au prezentat o creștere a poftei de mâncare datorită scăderii leptinei, un hormon-cheie în reglarea apetitului.

Cu toate acestea, nu a existat nicio creștere în greutate. Cercetătorii au descoperit că radiațiile UV inhibă creșterea în greutate prin creșterea secreției neurotransmițătorului noradrenalină, care nu numai că scade leptina, dar crește și cheltuielile energetice prin „brunificarea" grăsimii subcutanate.

Consumul sporit de energie, determinat de creșterea apetitului, este transformat în căldură și ars înainte de a se putea acumula în grăsimea subcutanată, prevenind astfel creșterea în greutate.

Această cercetare oferă noi perspective asupra impactului expunerii la UV asupra apetitului și a reglării greutății, deschizând posibilități pentru noi abordări în prevenirea și tratarea obezității și a tulburărilor metabolice.

În mod specific, descoperirea mecanismului prin care radiațiile UV previn creșterea în greutate ar putea oferi noi abordări pentru reglarea dietei și pierderea în greutate, oferind perspective inovatoare în domeniul gestionării sănătății și a obezității care ar putea avea un impact pozitiv asupra sănătății umane.

„Acest studiu elucidează mecanismul prin care expunerea la UV poate crește pofta de mâncare, inhibând în același timp creșterea în greutate", a explicat cercetătorul principal **dr. Jin Ho Chung**, de la Departamentul de Dermatologie al Spitalului Universității Naționale și Colegiul de Medicină al Universității Naționale din Seul.

Potrivit acestuia, descoperirile contribuie semnificativ la înțelegerea efectelor radiațiilor UV asupra metabolismului energetic și a homeostaziei și deschid noi căi pentru explorarea strategiilor de prevenire și tratament pentru obezitate și tulburări metabolice.

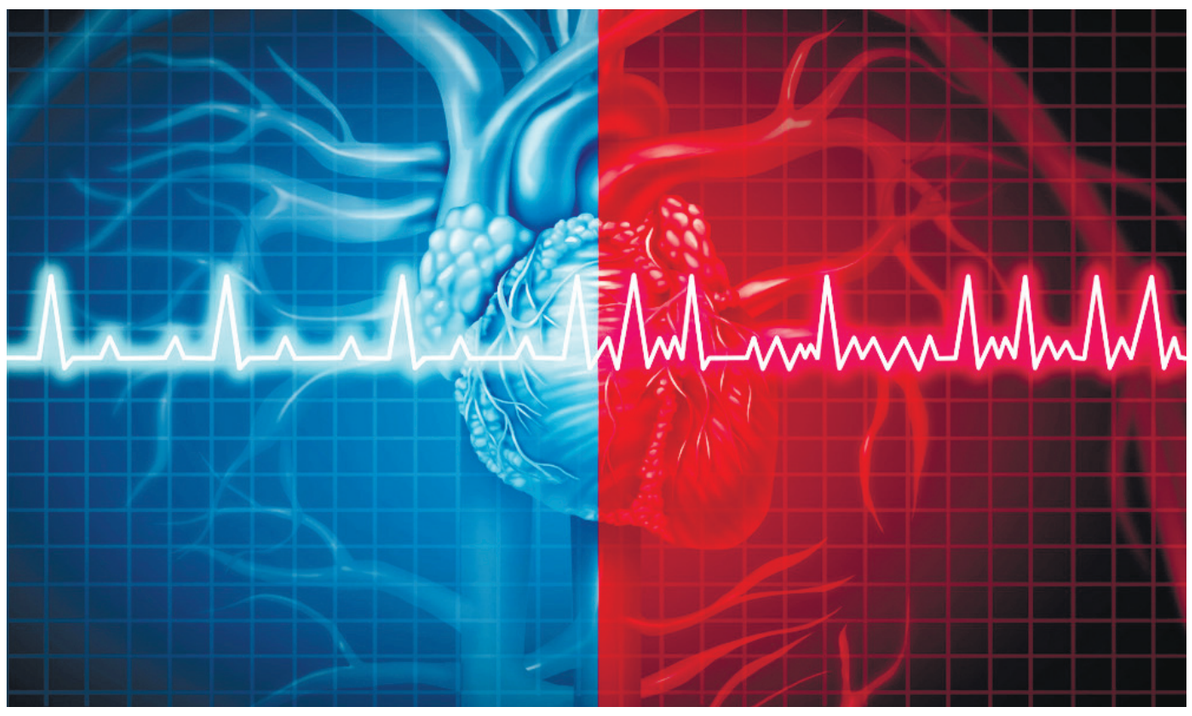
„În special, faptul că radiațiile UV scad nivelul de leptină și cresc norepinefrina, promovând astfel brunificarea grăsimii subcutanate și creșterea cheltuielilor energetice, oferă un indiciu revoluționar pentru dezvoltarea strategiilor de tratament al obezității", au precizat cercetătorii.

Această cercetare demonstrează că expunerea la UV nu afectează doar pielea, ci joacă un rol profund în procesele de metabolism energetic și homeostazie ale organismului uman.

Cu toate acestea, sunt necesare cercetări suplimentare privind efectele pe termen lung și siguranța expunerii la UV și ar trebui să existe un interes semnificativ în dezvoltarea de noi abordări terapeutice care să utilizeze eficacitatea acestor radiații.

„Deoarece expunerea la UV poate accelera îmbătrânirea pielii și poate promova cancerul de piele, este recomandabil să se reducă la minimum expunerea la aceste radiații și să se protejeze pielea cu protecție solară", a remarcat **dr. Dong Hun Lee**, doctor în medicină la Institutul de Biologie a Universității Naționale din Seul.

Astfel, echipa de cercetare intenționează să efectueze studii de urmărire pentru a dezvolta noi strategii care ar putea imita efectele radiațiilor UV pentru obezitate și reglarea metabolică.



Inteligența artificială utilizată la detectarea timpurie a ritmului anormal al inimii

Un program de inteligență artificială (AI) dezvoltat de cercetători de la Institutul american al Inimii de la Cedars-Sinai ar putea ajuta la detectarea unui tip de ritm cardiac anormal, care poate trece neobservat în timpul consultațiilor medicale, potrivit unui nou studiu.

Concluziile studiului, publicate recent în npj Digital Medicine, sugerează că AI ar putea fi folosită într-o zi pentru a analiza imaginile ecocardiogramelor (ecografie cardiacă), care utilizează unde sonore pentru a capta imagini ale inimii.

Ritmurile cardiace anormale sunt adesea cauzate de anomalii ale structurii inimii. Cercetătorii au emis ipoteza că un program de inteligență artificială antrenat să analizeze ecocardiogramele ar putea ajuta pe medici să detecteze modificări timpurii și subtile în inimile pacienților cu aritmii nediagnosticate.

„Am reușit să arătăm că un algoritm de învățare profundă pe care l-am dezvoltat ar putea fi aplicat la ecocardiograme pentru a identifica pacienții cu o tulburare anormală a ritmului cardiac numită fibrilație atrială", a declarat **dr. Neal Yuan**, cercetător în cadrul Institutului Inimii și primul autor al studiului.

Fibrilația atrială poate apărea și dispărea, astfel încât ar putea să nu fie identifică la consultațiile medicale, spune medicul.

Noul algoritm de inteligență artificială identifică pacienții care ar putea avea fibrilație atrială chiar și atunci când aceasta nu este prezentă în timpul studiului ecocardiografic, precizează el.

În timpul fibrilației atriale, camerele superioare ale inimii bat uneori în sincron cu cele inferioare, iar alteori nu, ceea ce face ca aritmia să fie adesea dificil de detectat de către medici.

La unele persoane, fibrilația atrială nu provoacă niciun simptom. La alții, poate provoca palpitații cardiace, oboseală, dificultăți de respirație, amețeli și alte simptome care interferează cu viața de zi cu zi. Lăsată netratată, fibrilația atrială poate provoca AVC (accident vascular cerebral) și insuficiență cardiacă.

Se estimează că 12,1 milioane de americani vor suferi de fibrilație atrială în 2030, potrivit Centrelor pentru Controlul și Prevenirea Bolilor (CDC).

Decesele legate de fibrilația atrială sunt în creștere de mai bine de două decenii, potrivit datelor agenției guvernamentale americane.

Această tehnologie ar putea detecta o afecțiune periculoasă pe care ochiul uman ar putea să n-o identifice în timpul interpretării unei ecocardiograme, a precizat dr. David Ouyang, cardiolog în cadrul Departamentului de Cardiologie din cadrul Institutului Inimii de la Cedars-Sinai și cercetător în cadrul Diviziei de Inteligență Artificială în Medicină, unul dintre autorii principali ai studiului.

„Ar putea fi folosit pentru pacienții cu risc de fibrilație atrială sau care se confruntă cu simptome asociate cu această afecțiune", explică **dr. David Ouyang**.

Echipa a antrenat un program pentru a studia mai mult de 100.000 de imagini de ecocardiograme de la pacienți cu fibrilație atrială. Programul a făcut distincția între ecocardiogramele care arătau o inimă în ritm sinusal (o perioadă de bătăi normale ale inimii) și ecocardiogramele care arătau o inimă în ritm cardiac neregulat.

Programul a estimat ce pacienți în ritm sinusal au prezentat sau vor prezenta fibrilație atrială în termen de 90 de zile.

Modelul care a evaluat imaginile a funcționat mai bine decât estimarea riscului pe baza factorilor cunoscuți.

„Faptul că acest program a estimat ce pacienți au avut fibrilație atrială activă sau ascunsă ar putea avea aplicații clinice imense", a precizat la rândul său **dr. Christine M. Albert**, președintal Departamentului de Cardiologie din cadrul Institutului Smidt, una dintre autoarele studiului.

„A putea identifica pacienții cu fibrilație atrială ascunsă ne-ar putea permite să îi tratăm înainte de a suferi un eveniment cardiovascular grav", mai precizează ea în articol.

Ectropionul (pleoapele inferioare întoarse spre exterior) poate fi corectat chirurgical

Maria Radu, Tg. Neamț: *Bunicul meu are 76 de ani și de câteva luni are probleme cu vederea. Practic, pleoapele de jos, mai ales la ochiul drept, s-au desprins de ochi și lăcrimează tot timpul. Are ochii roșii și senzația permanentă că are ceva în interior. Am fost la un cabinet din oraș, i-au dat un unguent care, pe moment îl ajută dar, imediat după ce trece efectul, simptomele reapar.*

As. Univ. Dr. Anisia Iuliana Alexa, medic primar oftalmolog, Clinica de Oftalmologie, Spitalul Clinic de Urgențe „Sf. Spiridon", Iași: „Din ceea ce povestiți dumneavoastră este vorba despre un ectropion al pleoapei inferioare apărut o dată cu modificările pe care țesuturile pleoapei inferioare le suferă din cauza înaintării în vârstă, mai simplu spus este o afecțiune în care pleoapa se răsucește spre exterior însă, pentru un diagnostic de certitudine, pacientul ar trebui văzut într-o clinică oftalmologică.

Instalarea ectropinului involuțional are debut progresiv, iar o dată cu agravarea sa, suprafața internă a pleoapei este expusă uscându-se și predispusă la fenomene iritative și complicații infecțioase. Această patologie afectează adulții în vârstă, fiind localizată în special la nivelul pleoapei inferioare.

Fiziologic, lacrimile sunt distribuite uniform pe suprafața oculară la fiecare clipit, iar excesul de lacrimi este drenat prin punctele lacrimale care reprezintă orificii mici localizate în partea internă a marginii pleoapelor. În cazul ectropionului, pleoapa nu mai este în contact cu suprafața oculară, ceea ce face ca distribuția lacrimilor pe suprafața oculară să fie inadecvată, ochii să fie mai uscați și, în mod paradoxal, lăcrimoși, în sensul că lacrimile în loc să lubrefieze uniform pe suprafața oculară și să se dreneze prin punctele și căile lacrimale, ele se scurg pe obraz (epiforă). Astfel, pacienții pot experimenta o serie de simptome precum: senzație de ochi uscați, de corp străin, de nisip pe suprafața oculară, de usturime, iritarea tegumentului periocular prin lăcrimarea excesivă, sensibilitate la lumină, iar pleoapele au aspect iritat, roșu.

Ectropionul poate avea cauze multiple:

- **reducerea tonusului muscular și al tendoanelor**: odată cu înaintarea în vârstă, mușchii și tendoanele care susțin pleoapele devin mai laxe, ceea ce duce la o poziționare inadecvată a pleoapelor, care nu își mai mențin poziția în contact cu suprafața oculară;
- **paralizia nervului facial** poate surveni în urma unor afecțiuni neurologice precum accidente vasculare cerebrale, formațiuni tumorale sau în cazul paraliziei tranzitorii a nervului facial Bell; nervul facial este cel care transmite impulsuri nervoase către mușchiul orbicular responsabil de clipit și de închiderea pleoapelor, dacă nervul facial este paralizat, mușchiul orbicular, precum și alți mușchi ai feței, neavând impulsul nervos, își pierd capacitatea de contracție;
- **cicatrici sau intervenții chirurgicale anterioare:** pielea care a suferit arsuri sau traume va devolta cicatrici în cursul procesului de vindecare, în funcție de localizarea cicatricilor și de tracțiunile pe care le induc asupra tegumentului, acestea pot tracționa și tegumentul pleoapelor determinând ectropion;
- **mecanic:** diferite tipuri de formațiuni tumorale maligne sau benigne se pot dezvolta la nivelul pleoapelor, prin creșterea acestora în dimensiuni se exercită un efect mecanic în special asupra pleoapei inferioare, iar gravitațional pleoapa este tracționată în jos din cauza greutății tumorii;
- **congenital**: apar rar, din cauza unor anomalii de dezvoltare a structurilor palpebrale.

Ectropionul poate fi diagnosticat la un consult oftalmologic de rutină iar, odată stabilit diagnosticul, pacientul este direcționat către un oftalmolog specializat în chirurgia oculoplastică. Prin închiderea și deschiderea ochilor și prin tracționarea pleoapei în diferite poziții, oftalmologul poate să evalueze gradul de laxitate al tendoanelor cantale și tonusul muscular al mușchilor care susțin pleoapele.

Dacă ectropionul este cauzat de o cicatrice sau o formațiune tumorală, consultul va fi mai amplu pentru a stabili conduita terapeutică adecvată a etiologiei.

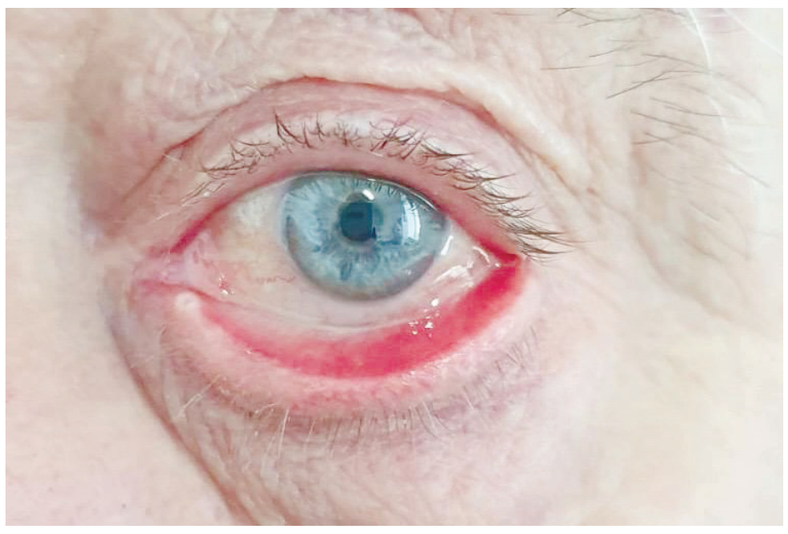
Până la momentul la care este programată intervenția chirurgicală, medicul prescrie lacrimi artificiale și geluri sau unguente oftalmice pentru a menține hidratarea adecvată a suprafeței oculare.

In funcție de gradul ectropionului, de localizarea lui (în treimea internă, medie sau externă), de laxitatea pleoapei, se practică mai multe tehnici chirurgicale. Acestea urmăresc întărirea pleoapelor prin excizia unui fragment de pleoapă în toată grosimea, întărirea tendoanelor cantale laterale sau reinserția mușchilor care susțin pleoapa. În cazul ectropionului cauzat de țesutul cicatrizat este necesară excizia cicatricii și reconstrucția defectului restant cu ajutorul unor lambouri sau grefe cutanate. Dacă o formațiune tumorală este cea care induce ectropionul mecanic, ectropionul va avea rezoluție după excizia tumorii. O atenție deosebită va fi acordată rezultatului anatomopatologic al tumorii excizate, dacă rezultatul este malign, tratamente suplimentare pot fi necesare alături de o posibilă colaborare cu medicul oncolog.

După intervenția chirurgicală de corectare a ectropionului, pacienții vor purta pansament ocular între 3 și 7 zile, în funcție de complexitatea intervenției. Tratamentul postoperator constă în administrarea unor unguente oftalmice cu antibiotic și antiinflamator. Recuperarea postoperatorie este bună și în majoritatea cazurilor complet nedureroasă.

Dacă ectropionul nu este tratat, se agravează progresiv și se va complica prin modificări structurale ale pleoapei (keratinizarea conjunctivei tarsale). Ocluzia palpebrală inadecvată conduce la uscăciune oculară care, în timp, se poate complica cu eroziuni și ulcere corneene care pot periclita integritatea globului ocular.

În concluzie, sfatul meu este să mergeți cu bunicul dumneavoastră la un medic oftalmolog care, în urma unui consult, va stabili o conduită terapeutică pentru a-l putea ajuta, cu atât mai mult cu cât astfel de intervenții chirurgicale sunt bine tolerate și recuperarea este ușoară atâta timp cât va urma recomandările medicului". ●



Hipotalamusul, implicat în obezitatea infantilă

Cercetătorii americani de la Spitalul de Copii din Philadelphia (CHOP) au identificat o variantă genetică puternic asociată cu cauza obezității la copii.

Un studiu recent oferă o nouă perspectivă asupra importanței hipotalamusului și a rolului său în obezitatea infantilă comună, iar gena în cauză poate servi drept țintă medicamentoasă pentru viitoarele intervenții terapeutice.

Descoperirile au fost publicate pe 1 mai în revista Cell Genomics.

Atât factorii de mediu, cât și cei genetici joacă un rol critic în creșterea incidenței obezității infantile. Deși rolul exact al geneticii în obezitatea infantilă nu este încă pe deplin înțeles, studiile anterioare arată că există căi neuronale din hipotalamus care controlează aportul alimentar și au un rol cheie în această afecțiune.

Studii internaționale anterioare de asociere la nivel de genom (GWAS) conduse de cercetătorii de la CHOP au descoperit markeri genetici specifici, sau locuși, legați de obezitate.

Cele mai multe dintre aceste studii au dezvăluit locuși asociați cu obezitatea infantilă și adultă în egală măsură, iar majoritatea acestor loci s-au aflat în regiuni necodificatoare ale genomului, ceea ce înseamnă că nu codifică pentru proteine specifice, ceea ce face ca mecanismele lor să fie mult mai dificil de studiat.

Această ultimă cercetare s-a concentrat pe chr12q13, un locus care adăpostește gena FAIM2 din apropiere și care a generat un semnal izbitor de puternic în cazul obezității infantile, în comparație cu obezitatea la adulți.

„Concentrându-ne în mod special pe acest locus, am reușit să identificăm o variantă cauzală asociată cu unul dintre cele mai puternice semnale genetice pe care le-am implicat în obezitatea infantilă", a declarat primul autor al studiului, **Sheridan H. Littleton**, cercetător postdoctoral, care a efectuat studiul în calitate de membru al echipei Centrului pentru genomică spațială și funcțională de la CHOP.

El a precizat că, efectuarea unor cercetări suplimentare ar putea avea potențialul de a afla cum țința de acțiune a acestei variante poate fi vizată de noi terapii concepute special pentru tratarea obezității infantile.

Pe lângă obezitatea infantilă, s-a constatat că locusul în cauză este legat de o varietate de probleme de sănătate conexe, inclusiv o susceptibilitate ridicată la diabetul zaharat de tip 2, un procent crescut de grăsime corporală la copii și adulți și o vârstă mai timpurie a menstruației.

Folosind o varietate de tehnici, cercetătorii și-au restrâns atenția asupra rs7132908, un polimorfism de un singur nucleotid (SNP), sau variantă, la acest locus.

Cercetări anterioare conexe ale echipei CHOP au implicat hipotalamusul în reglarea apetitului, o trăsătură care ar putea fi legată de obezitatea infantilă.

Deoarece hipotalamusul se află în profunzimea creierului, este deosebit de dificil de studiat.

Pentru a studia în continuare efectele variantei rs7132908, cercetătorii au folosit celule stem care evoluează în neuroni hipotalamici, un tip de celule cheie asociat cu comportamentul alimentar, pentru a studia alelele variantei.

Alela asociată cu riscul de obezitate a influențat modul în care a fost exprimată gena FAIM2 și a scăzut proporția de neuroni produși atunci când celulele stem s-au diferențiat, sugerând că varianta este, de asemenea, asociată cu dezvoltarea neurologică.

Studiul poate dezvălui informații importante despre variante genetice necaracterizate până acum și rolul pe care acestea îl joacă într-o varietate de boli ale copiilor și adulților.

„Această cercetare subliniază și mai mult modul în care creierul este esențial pentru genetica obezității și ne oferă o strategie pentru studii ulterioare", a declarat **Struan F.A. Grant**, director al Centrului pentru genomică spațială și funcțională pentru cercetare în domeniul diabetului de la CHOP. ●

Marker pentru prognosticul cancerului de sân

O nouă cercetare indică faptul că nivelurile de expresie ale unei genei ar putea servi ca un nou marker de prognostic pentru persoanele cu cancer de sân invaziv.

O nouă cercetare, publicată recent în The FASEB Journal, indică faptul că nivelurile de expresie ale genei RPGRIP1L ar putea servi ca un nou marker de prognostic pentru persoanele cu cancer de sân invaziv.

Proteina de interacțiune a reglatorului GTPază asemănătoare retinitei pigmentare de tip 1 (RPGRIP1L) îndeplinește diferite funcții importante pentru dezvoltare și pentru sănătate pe tot parcursul vieții, iar mutațiile genei RPGRIP1L au fost asociate cu diferite boli.

Atunci când cercetătorii au examinat specimene de țesut mamar de la diferite femei, au descoperit că expresia RPGRIP1L era ridicată în specimenele de cancer de sân invaziv în comparație cu specimenele de țesut mamar normal.

De asemenea, în rândul pacientelor cu cancer de sân invaziv, cele cu o expresie mai mare a genei RPGRIP1L au avut o durată de supraviețuire mai scurtă decât cele cu o expresie scăzută.

În plus, expresia ridicată a RPGRIP1L a corespuns cu un spectru de caracteristici clinicopatologice nefavorabile, cum ar fi prezența unor forme mai agresive de cancer și a unor tumori mai mari.

Cercetătorii au identificat, de asemenea, 50 de gene și 15 proteine a căror expresie era legată pozitiv de expresia RPGRIP1L, majoritatea acestor proteine și gene fiind implicate în diferite aspecte ale răspunsului imunitar și ale metabolismului.

„Rezultatele cercetării subliniază potențialul RPGRIP1L ca biomarker semnificativ de prognostic pentru cancerul de sân și sugerează viabilitatea unor noi strategii terapeutice care ar putea modifica evoluția bolii, îmbunătățind astfel potențial ratele de supraviețuire în rândul persoanelor afectate", a declarat autorul corespondent **Jie Zeng**, de la primul spital afiliat al Universității Normale din Hunan, China.

Echipa a descoperit, în experimentele de laborator, că patru compuși utilizați împotriva cancerului - abrina, galatul de epigalocatechină (EGCG), gentamicina și tretinoina - au arătat potențial pentru reducerea expresiei RPGRIP1L. ●

Vaccin sub formă de pastile împotriva HIV?

Cercetătorii de la Universitatea Örebro au dezvoltat bacterii probiotice modificate genetic care ar putea proteja împotriva infecției cu HIV. Scopul este de a crea un vaccin sub formă de pastile.

Echipa de la Örebro a modificat genetic bacteria E. coli cu o parte din virusul HIV în încercarea de a obține un vaccin care să aibă succes împotriva infecției cu virusul imunodeficienței umane.

Nikolai Scherbak, doctor în biologie la Universitatea Örebro, s-a întors în Suedia după ce a participat la o conferință în Africa de Sud, unde a prezentat un studiu care sporește șansele de a dezvolta un vaccin împotriva HIV.

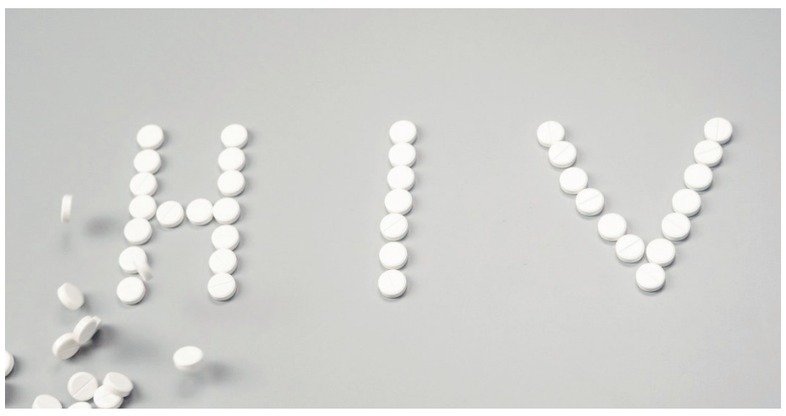
Împreună cu alți cercetători, el a modificat genetic bacteria probiotică E. coli cu o parte din virusul HIV.

O lucrare care prezintă această cercetare a fost publicată recent în revista Microbial Cell Factories.

„Aplicând o tehnologie avansată, inserăm secvențe de ADN într-un loc specific din bacterie. Folosim o parte a virusului HIV care nu este infecțioasă, dar care totuși declanșează organismul să producă anticorpi neutralizanți", a explicat **prof. Nikolai Scherbak**.

Bacteria E. coli trăiește în intestinele organismului uman și ale animalelor, iar unele variante provoacă mai multe tipuri de infecții. Cu toate acestea, există, de asemenea, variante benefice ale bacteriei care pot contribui la o floră intestinală mai bună. Una dintre acestea, o bacterie E. coli probiotică din tulpina Nissle, a fost folosită de cercetătorii de la Örebro în cadrul studiului.

„Bacteriile pe care le-am folosit sunt vândute ca suplimente alimentare în Germania, dar, din câte știu, nu sunt disponibile în Suedia. Aceste suplimente sunt recomandate persoanelor care au sindromul colonului iritabil (IBS) sau alte tulburări de stomac", a precizat cercetătorul



HIV este virusul care poate duce la boala imunodeficitară mortală SIDA (sindromul imunodeficienței umane dobândite), pentru care nu există în prezent tratament. Cu toate acestea, există terapii medicamentoase pentru tratamentul HIV, care permit persoanelor infectate să trăiască fără simptome și fără riscul de a transmite boala.

O persoană infectată cu HIV trebuie să ia medicamente antiretrovirale pentru tot restul vieții și la un cost pe care nu toată lumea și-l poate permite.

„Cercetătorii au urmărit ani de zile dezvoltarea unui vaccin, dar, din păcate, nu a fost o prioritate pentru companiile farmaceutice", spune prof. Scherbak.

Dacă bacteria dezvoltată la Universitatea Örebro va duce la un produs farmaceutic aprobat, aceasta ar putea fi administrată sub formă de pastile.

Vaccinurile sub formă de pastile au avantaje considerabile față de cele injectabile. Pastilele sunt mai simple și mai practice și nu necesită depozitare la temperaturi scăzute, precum unele vaccinuri împotriva Covid, de exemplu.

În multe încercări anterioare de a utiliza bacterii pentru a produce vaccinuri, cercetătorii au folosit gene rezistente la antibiotice pentru a menține modificările genetice în bacterii.

Cu toate acestea, această metodă poate duce la consecințe negative, cum ar fi rezistența la antibiotice, o problemă de sănătate publică globală în creștere.

Folosind tehnologia CRISPR/Cas9, echipa de la Örebro a produs o modificare genetică stabilă în bacteriile probiotice fără a avea nevoie de gene rezistente la antibiotice.

Prof. Scherbak spune că nu există niciun risc în cazul bacteriilor modificate genetic. Cu toate acestea, sunt necesare mai multe cercetări, inclusiv studii pe animale, înainte ca tehnologia să fie testată pe oameni și ca un vaccin să poată fi realizat.

„Este nevoie de cel puțin câțiva ani de pregătiri și de aprobări, altfel, în cazuri normale, dezvoltarea unui medicament durează în jur de zece ani", spune prof. Scherbak, care colaborează cu Agenția de Sănătate Publică din Suedia și cu Universitatea Cape Town din Africa de Sud, pentru dezvoltarea vaccinului împotriva HIV. ●

Pagini realizate de Mihaela CĂNĂNĂU

Campanie despre efectele și riscurile consumului de alcool la adolescenți

În această lună, Ministerul Sănătății (MS) derulează o campanie de Informare-Educare- Comunicare despre efectele consumului de alcool. Campania ***„Alcoolul te face să-ți pierzi simțurile, nu problemele“*** are scopul de a comunica despre impactul negativ pe care consumul de alcool îl are asupra sănătății. Aceasta se adresează populației generale, dar în special tinerilor, adolescenților și părinților acestora, deoarece adolescența este o perioadă critică de dezvoltare când riscurile asociate abuzului de substanțe este în mod particular ridicat.

„Pentru a preveni expunerea la riscurile și pericolele pentru sănătate, precum și alți factori care scad calitatea vieții la consumatorii de alcool, un prim pas este acela de a informa adolescenții despre riscuri și de a-i sprijini să facă alegeri bune pentru sănătatea lor. Tinerii care consumă alcool au un risc de 4 ori mai mare de a deveni dependenți de alcool la vârsta adultă. Este foarte important ca adolescenții să nu înceapă să consume alcool și să continue să nu consume alcool pe parcursul vieții“, precizează reprezentanții Ministerului Sănătății.

Deși comercializarea produselor care conțin alcool este restricționată pentru persoanele sub 18 ani, totuși, 2 din 3 elevi cu vârsta de 15-16 ani din România consideră că băuturile alcoolice sunt ușor de procurat (conform datelor studiului ESPAD-European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), derulat în anul 2019.

Conform studiului YRBSS (Youth Risk Behavior Surveillance System) desfășurat în 2022 prin Institutul Național de Sănătate Publică, 6 din 10 liceeni din România (15-18 ani) au raportat că au consumat alcool cel puțin în unadouă zile, în ultimele 30 de zile și mai mult de două treimi din liceenii din România (15-18 ani) au declarat că au consumat alcool.

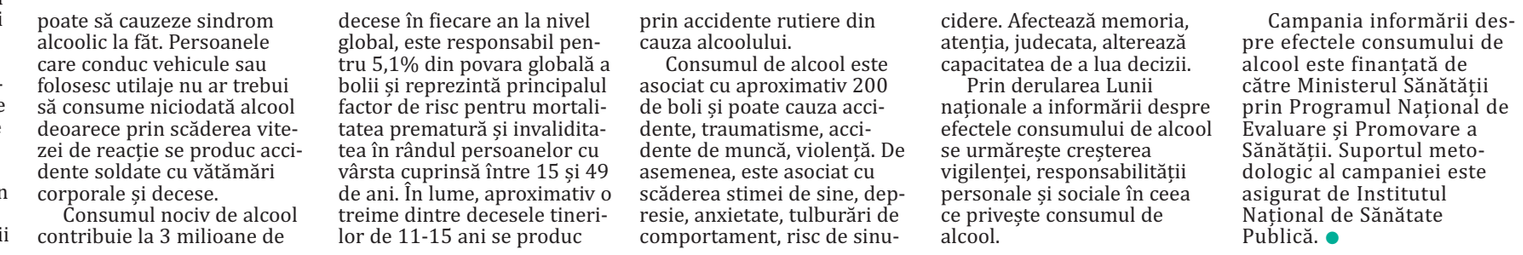
Reprezentanții MS mai susțin în cadrul acestei campanii că adulții au un rol deosebit de important în ceea ce privește formarea mediilor, valorilor, atitudinilor pozitive și a deprinderilor sănătoase, fără consum de alcool. Având în vedere că nu există un nivel al consumului de alcool care să fie sigur pentru sănătate, este recomandată evitarea consumului de alcool, indiferent de vârstă. De asemenea, femeile care plănuiesc să rămână însărcinate sau sunt însărcinate trebuie să evite în totalitate alcoolul deoarece consumul în perioada sarcinii poate să cauzeze sindrom alcoolic la făt. Persoanele care conduc vehicule sau folosesc utilaje nu ar trebui să consume niciodată alcool deoarece prin scăderea vitezei de reacție se produc accidente soldate cu vătămări corporale și decese.

Consumul nociv de alcool contribuie la 3 milioane de decese în fiecare an la nivel global, este responsabil pentru 5,1% din povara globală a bolii și reprezintă principalul factor de risc pentru mortalitatea prematură și invaliditatea în rândul persoanelor cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani. În lume, aproximativ o treime dintre decesele tinerilor de 11-15 ani se produc prin accidente rutiere din cauza alcoolului.

Consumul de alcool este asociat cu aproximativ 200 de boli și poate cauza accidente, traumatisme, accidente de muncă, violență. De asemenea, este asociat cu scăderea stimei de sine, depresie, anxietate, tulburări de comportament, risc de sinucidere. Afectează memoria, atenția, judecata, alterează capacitatea de a lua decizii.

Prin derularea Lunii naționale a informării despre efectele consumului de alcool se urmărește creșterea vigilenței, responsabilității personale și sociale în ceea ce privește consumul de alcool.

Campania informării despre efectele consumului de alcool este finanțată de către Ministerul Sănătății prin Programul Național de Evaluare și Promovare a Sănătății. Suportul metodologic al campaniei este asigurat de Institutul Național de Sănătate Publică. ●



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

Sănătatea orală a copiilor cu vârste între 6 și 14 ani din satele ieșene, evaluată în cadrul unei campanii

În județul Iași se derulează campania „Evaluarea și promovarea sănătății orale la copiii cu vârsta între 6 și 14 ani din mediul rural“. Aceasta a fost inițiată de către Direcția de Sănătate Publică (DSP) Iași, prin Compartimentul de Evaluare și Promovare a Sănătății, în colaborare cu Inspectoratul Școlar Județean Iași, Crucea Roșie Iași, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa“ Iași și Universitatea Apollonia din Iași.

Conform DSP Iași, până în prezent campania a reușit să evalueze sănătatea orodentară și să ofere informații despre igiena orală unui număr de 5501 copii din mediul rural, elevi la o parte din școlile din județul Iași. Pe lângă evaluări, au fost distribuite kituri de igienă orală pentru toți acești copii, contribuind astfel la promovarea unui stil de viață sănătos.

În urma diagnosticelor descoperite, elevii au primit scrisori medicale pentru a se prezenta la medicul stomatolog aflat în zonă. Spre exemplu, în localitatea Focuri și în vecinătatea sa nu există servicii stomatologice, astfel că o parte dintre copiii evaluați în cadrul campaniei au beneficiat de tratamente la două cabinete stomatologice din Iași.

„Acest lucru a fost posibil datorită sprijinului acordat de Primăria Comunei Focuri, care facilitează transportul copiilor și aparținătorilor. Lansăm invitația ca și alte cabinete să se implice în acest proiect și adresăm mulțumiri și primăriei Focuri pentru suportul logistic oferit. Eforturile și colaborarea dumneavoastră sunt esențiale pentru succesul acestei campanii și pentru asigurarea tratamentelor necesare copiilor din mediul rural. Suntem profund recunoscători tuturor celor implicați și ne angajăm să continuăm acest demers important pentru a asigura un viitor mai sănătos pentru copiii din județul Iași“, au mai precizat reprezentanții DSP Iași. ●

Coordonator Ziarul de Sanatate -
Cătălin Hopulele