MIERCURI, 3 IULIE 2024, nr. 13

De Sănătate

UN PRODUS EDITORIAL PREMIUM, MARCA

ZIARUL De IAȘI
LIDERUL PRESEI IEȘENE

ZIARULDEIASI.RO

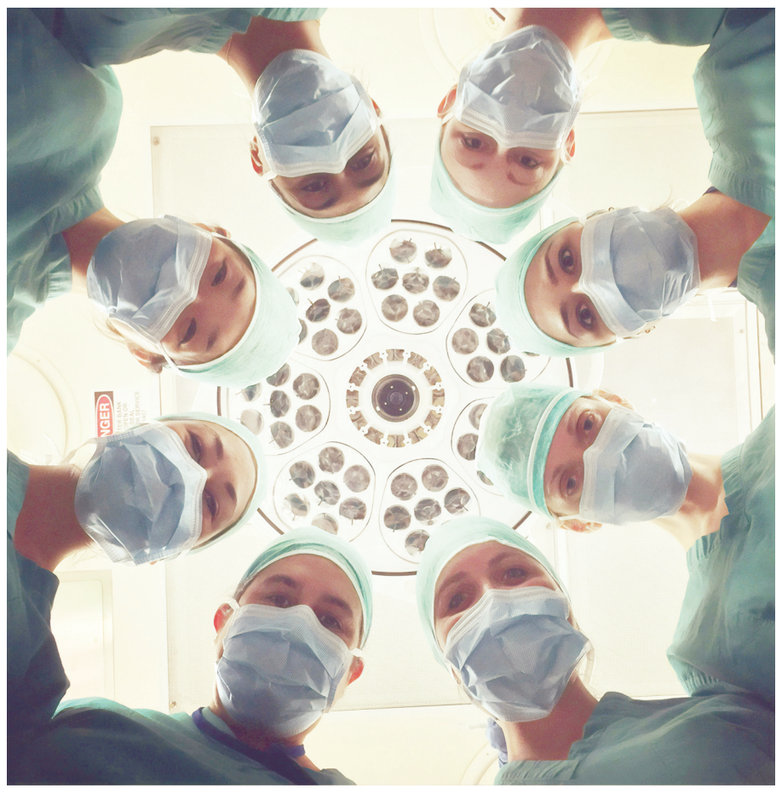
Cine ne va opera peste 20 de ani? Studenții de Medicină nu mai vor să fie chirurgi

În rândul medicilor, chirurgia este în continuare văzută drept „regina medicinei". Volumul mare de muncă, responsabilitatea, posibilitățile directe de a salva vieți, dar și riscurile de complicații au presupus întotdeauna că nu oricine este făcut pentru munca de chirurg. Și de aceea doar vârfurile din facultate alegeau la rezidențiat această specializare și luptau să prindă un loc și un îndrumător cât mai bun. Dar în ultimii ani, numărul celor care optează pentru chirurgie generală la rezidențiat și care își doresc să devină chirurgi e din ce în ce mai mic. Au rămas chiar și locuri neocupate la rezidențiat.

Astfel că „Ziarul de Sănătate" a ridicat în rândul profesioniștilor din sănătate o întrebare: cine ne va mai opera peste 20 de ani? Rectorul UMF, prof.dr. Viorel Scripcariu, la rândul său chirurg, spune că este o problemă pe care universitatea și-o pune de astăzi. Nu doar pentru că sunt mai puțini rezidenți, ci pentru că mulți aleg chirurgia de conjunctură, fiindcă nu au prins loc acolo unde și-au dorit. Unul dintre cei mai cunoscuți chirurgi ieșeni, dr. Grigore Tinică, explică faptul că la chirurgie cardiovasculară sunt maximum 5-6 rezidenți din aproape 900 într-o serie, și nici aceștia nu sunt neapărat vârfurile unei generații.

Dar am discutat și cu chirurgi tineri, care încă își mai găsesc pasiune în ceea ce fac și care au refuzat mirajul străinătății pentru a lucra în România pentru ei și familiile lor. Fiindcă o bună parte dintre absolvenții de medicină din Iași se duc în continuare să își încerce norocul în străinătate, atrași atât de salarii, cât și de condițiile de muncă într-o societate care îi roagă să vină, față de una care-i condamnă să plece.

Paginile ***4-5***



din Sumar

O analiză a Salvați Copii scoate la iveală o realitate sumbră: aproape jumătate dintre copii spun că tineri din cercul lor direct se droghează: O statistică realizată la nivel național de către Organizația Salvați Copiii prezintă o serie de cifre îngrijorătoare: trei din zece copii știu pe cineva care a consumat substanțe psihoactive sau droguri.

Pag. 2

Un studiu național dă o veste bună: femeile sunt din ce în ce mai preocupate de afecțiunile la nivelul sânilor și fac investigații mai des: O constatare făcută de specialiștii de la Institutul Regional de Oncologie se confirmă și în studiile realizate de către organizațiile non-profit independente, care promovează sănătatea populației.

Pag. 2

După 30 de ani de reformare a sistemului, am ajuns și la îngrijirea vârstnicilor la domiciliu: plan al Ministerului Sănătății până în 2030: 85% dintre persoanele din regiunea Nord-Est, în care este inclus și Iașul, care ar avea nevoie de servicii de tip îngrijire la domiciliu, nu le primesc. Cifrele au fost publicate într-un proiect de ordin al Ministerului Sănătății, în care se vizează aprobarea unui plan național de dezvoltare graduală a îngrijirilor la domiciliu până în 2030.

Pag. 3

Aparate radioimagistice de ultimă generație, în valoare de 6 milioane lei, la Spitalul de Recuperare: Pentru un diagnostic rapid al diferitelor afecțiuni precum și pentru realizarea cu succes a intervențiilor minim-invazive, Spitalului Clinic de Recuperare Iași a achiziționat aparate radioimagistice în valoare de 5.984.510 lei prin finanțare de la bugetul local și din venituri proprii.

Pag. 3

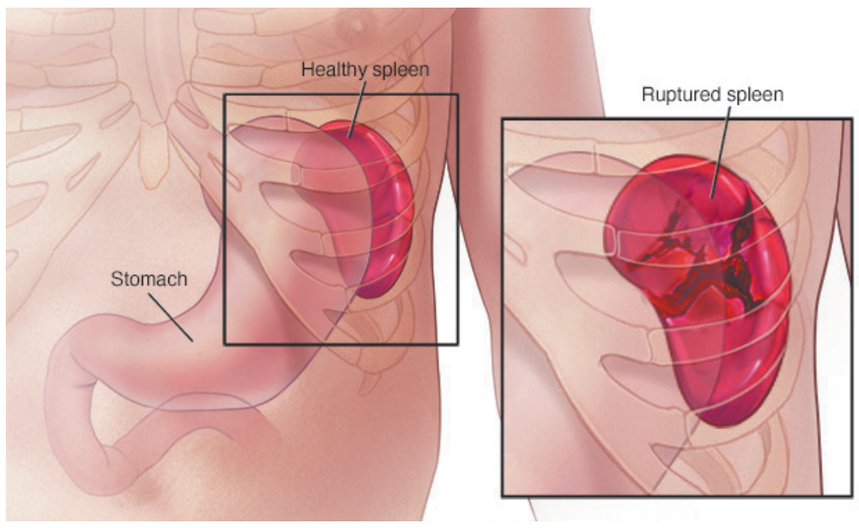
Serviciile de care nu știai că poți beneficia în cadrul asigurării obligatorii de sănătate

Cei mai mulți români sunt asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate. Un lucru normal, am spune, dar la care nu ne gândim decât în două situații: când vedem fluturașul cu salariul sau când avem probleme de sănătate care pot necesita o investigație medicală, o internare în spital, un tratament în ambulatoriu sau o rețetă compensată.

Pagina ***3***

SFATUL MEDICULUI

Splina ruptă nu necesită întotdeauna îndepărtarea ei



Prof. univ. dr. Eugen Târcoveanu, medic primar chirurg, Clinica I Chirurgie, Spitalul Clinic de Urgențe "Sf. Spiridon", Iași: „Ruptura posttraumatică a splinei reprezintă o urgență chirurgicală, deoarece poate provoca o hemoragie intraperitoneală importantă care poate pune în pericol viața persoanei respective.

Splina este localizată în hipocondrul stâng al abdomenului, sub coaste, un loc predispus la traumatisme. Ruptura splinei poate fi provocată de traumatisme puternice, cum este și cel menționat de dumneavoastră, accident rutier, accidente sportive sau accidente petrecute la sănius, de exemplu. Practic, o lovitură în abdomen, primită cu suficientă forță, poate duce la ruptura splinei. Splina se poate rupe și în cazul politraumatismelor cu predominență abdominală.

Pagina ***7***

Un studiu național dă o veste bună: femeile sunt din ce în ce mai preocupate de afecțiunile la nivelul sânilor și fac investigații mai des

Cătălin HOPULELE

O constatare făcută de specialiștii de la Institutul Regional de Oncologie se confirmă și în studiile realizate de către organizațiile non-profit independente, care promovează sănătatea populației. Din ce în ce mai multe femei sunt preocupate de posibilele afecțiuni la nivelul sânilor și fac pașii necesari pentru a face un screening periodic.

Conform unui studiu realizat de Asociația Credu, în care s-au analizat percepțiile și comportamentele legate de sănătatea sânilor în România, arată că 81,1% dintre respondenți au afirmat că au efectuat investigații medicale la sân, cele mai frecvente fiind mamografia (aproape 70%) și ecografia (71,6%).

Studiul, citat și de 360medical.ro, a fost realizat pe 459 de persoane din mediul urban și rural. Dintre aceștia, 10,1% au fost diagnosticate cu afecțiuni maligne ale sânilor, în timp ce 18,2% au avut afecțiuni benigne, cum ar fi chisturi mamare și fibroadenoame. De asemenea, 56,1% dintre participanți au raportat descoperirea unor modificări la nivelul sânilor, cele mai comune fiind nodulii (42,4%) și durerea (50,2%).

„În privința cunoștințelor despre factorii de risc, 76% dintre respondenți au afirmat că sunt conștienți de factorii de risc ai cancerului de sân, cei mai des menționați fiind factorii genetici (81,8%), alimentația nesănătoasă (48%) și fumatul (32,6%). În cadrul studiului, 81,8% dintre participante au declarat că își autoexaminează sânii, însă doar 24,2% dintre acestea se simt sigure că efectuează corect autoexaminarea”, se menționează într-un comunicat remis de ONG.

La nivel național există o campanie desfășurată cu titlul ***„Tu ai făcut investigațiile la sân anul acesta?”,*** care are ca scop sensibilizarea femeilor cu privire la importanța efectuării constante a investigațiilor la sân. Ele sunt îndemnate să nu meargă automat la acestea, ci să se consulte cu medicii pentru a primi recomandări despre tipuri diferite de investigații, când să fie făcute și unde.

„Studiul nostru subliniază importanța educației și conștientizării în rândul femeilor despre sănătatea sânilor. Lansarea campaniei «Tu ai făcut investigațiile la sân anul acesta?» reflectă obiectivul nostru de a încuraja femeile să efectueze testări regulate și să discute cu medicii pentru a li se recomanda investigațiile la sân necesare”, a declarat **Oana Voicu**, președintele Credu, în comunicatul remis presei.

Studiul a identificat mai multe obstacole care pot împiedica femeile să efectueze investigații regulate la sân. Principalele obstacole sunt costul ridicat (65,8% dintre respondenți), teama (25,2%), lipsa de timp (23,3%), lipsa de informații (21,8%) și sentimentul de jenă (12,8%)

„E important sa alocăm timp pentru sănătatea noastră! Dacă faci investigațiile la timp, asta înseamnă că ai câștigat nu câteva zile, nu câteva luni, ci câțiva ani. De altfel, foarte puține dintre pacientele care se prezintă la cabinetul meu fac investigațiile la sân, deși declară că știu că este important. Dar concret, eu nu emit mai mult de 10 bilete de trimitere pe an, pentru că nu vor să le efectueze. E o mare diferență între ce știm și ceea ce facem”, a explicat dr. Daciana Toma, medic de familie, în cadrul conferinței de lansare, citată de 360medical.ro.

O analiză a Salvați Copii scoate la iveală o realitate sumbră: aproape jumătate dintre copii spun că tineri din cercul lor direct se droghează

Cătălin HOPULELE

O statistică realizată la nivel național de către Organizația Salvați Copiii prezintă o serie de cifre îngrijorătoare: trei din zece copii știu pe cineva care a consumat substanțe psihoactive sau droguri, iar în rândul adolescenților procentul este 4 din 10.

„Îngrijorător este că indică pe cineva din grupul de egali (prieten / coleg de școală), ceea ce arată incidența ridicată a consumului în mediul școlar sau în proximitatea copiilor. Copiii cu vârsta peste 14 ani consumă în număr mai mare alcool și tutun: astfel, 27% afirmă că au consumat alcool, 19% au fumat țigări obișnuite, 11% tutun încălzit, iar 16% au vapat, în ultima săptămână”, se menționează în studiul realizat de Salvați Copii, ale cărui rezultate au fost publicate la finalul lunii trecute.

Același material arată că doar 3% dintre respondenți au consumat la un moment dat ei înșiși droguri, dar nu se menționează ce anume, vârsta sau contextul. Cei care au realizat studiul spun însă că această cifră trebuie privită cu circumspecție, fiindcă este statistic improbabil ca aproape 50% dintre elevi să spună că știu pe cineva din imediata lor apropiere care consumă substanțe interzise, dar doar 3% să fi încercat la rândul lor astfel de substanțe.

Cel mai consumat drog: canabisul

„Dintre cei care spun că au consumat personal, cei mai mulți spun că au făcut acest lucru de mai multe ori (peste jumătate dintre ei), iar substanța cea mai consumată este canabisul, urmată de ecstasy și LSD. Observăm că majoritatea copiilor au auzit de cel puțin una dintre substanțele psihoactive menționate în studiu. Dacă pornind de la mediul de rezidență și gen nu există diferențe semnificative, când vine vorba de grupele de vârstă, copiii peste 14 ani afirmă că au auzit într-o proporție mult mai mare de toate tipurile de substanțe psihoactive, comparativ cu copii sub 14 ani”, se menționează în analiza Salvați Copiii.

Astfel, conform aceluiași studiu, copiii consumă cel mai mult cafea, urmată de băuturi alcoolice și energizate. Ambele pot avea riscuri atunci când sunt consumate în exces, în special de către minori. În mod concret, 4 din 10 copii spun că au băut cafea în ultima săptămână (conform întrebării din studiu), iar 2 din 10 spun că au consumat energizante sau băuturi alcoolice. 1 din 10 recunoaște că a fumat sau vapat în ultima săptămână, dar și aceste cifre trebuie privite cu circumspecție.

„În cazul majorității substanțelor menționate, consumul crește odată cu vârsta copiilor, astfel: 64% dintre copiii de 14 ani și peste au băut cafea în ultima săptămână, 27% afirmă că au consumat alcool, iar 24% energizante. 19% au fumat țigări obișnuite, 11% tutun încălzit, iar 16% au vapat. Consumul de alcool este mai răspândit în rândul băieților (22% vs. 18%). La nivel declarativ, copiii afirmă că au o alimentație sănătoasă, cu procente ridicate de legume, fructe, lactate și mâncăruri gătite. Totuși, merită remarcat consumul ridicat de dulciuri, băuturi carbogazoase și produse de tip fast-food. Deși în cazul majorității tipurilor de alimente nu remarcăm diferențieri de gen, mediu sau vârstă, merită menționat că în cazul băuturilor carbogazoase consumul declarativ este mai ridicat în mediul rural”, se mai precizează în studiul celor de la Salvați Copiii.

Băieții, mult mai fericiți decât fetele

Același studiu i-a întrebat pe copii cât de fericiți s-au simțit în ultimele două săptămâni, iar tinerii au trebuit să acorde o notă de la 1 la 10. Media respondenților a fost de 7,44, iar analiza făcută de ONG arată că băieții sunt semnificativ mai fericiți decât fetele, la fel și copii de sunt 14 ani față de cei mai în vârstă. În același timp, cei din mediul urban se declară mai fericiți decât fetele.

„Cele mai scăzute valori medii la acest indicator caracterizează fetele cu vârsta peste 14 ani din mediul rural, iar cele mai ridicate băieții cu vârsta sub 14 ani din mediul urban. Altfel spus, copiii de vârstă mică, băieții și copiii din mediul urban afirmă în măsură semnificativ mai ridicată că sunt fericiți, liniștiți sau energici, pe când copiii cu vârsta peste 14 ani, fetele și cei din mediul rural că sunt stresați, demoralizați sau deprimați. Majoritatea copiilor afirmă că locuiesc în aceeași casă cu ambii părinți (aprox. 80% dintre respondenți). Absența unui părinte din gospodărie este corelată cu scoruri medii semnificativ mai ridicate în ceea ce privește stresul / deprimarea, altfel spus copiii aflați în această situație afirmă în măsuri semnificativ mai ridicate ca sunt stresați / deprimați”, au mai precizat cei de la Salvați Copiii.

Mai puțin de 10% dintre copii au descris ca fiind neplăcută sau foarte neplăcută atmosfera din familie, iar studiul arată că există o corelare între această atmosferă neplăcută și indicatorii care măsoară stresul, demoralizarea sau deprimarea copiilor.

„Numărul de prieteni este asociat pozitiv cu indicatori care măsoară starea de bine, precum fericirea sau liniștea, iar lipsa prietenilor este asociată puternic cu valori ridicate ale indicatorilor care măsoară stresul sau deprimarea. Ca și în cazul familiei, o atmosferă neplăcută în școală / clasă este asociată cu niveluri semnificativ mai ridicate de stres în rândul copiilor”, se conchide în studiu.

Studiul a fost realizat pe un grup țintă de copii între 10 și 17 ani, a fost de tip sondaj de opinie, tinerii au răspuns online în perioada noiembrie – decembrie 2023.

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

Mamele minore, „ținta” unei campanii naționale derulate la Iași de DSP: cum pot fi prevenite astfel de sarcini, la care România e încă lider european

Cătălin HOPULELE

Direcția de Sănătate Publică Iași a anunțat lansarea, din luna iulie, a „Programului național de evaluare și promovare a sănătății și educației pentru sănătate”. Practic, prin acesta, Ministerul Sănătății demarează o campanie la nivel național care este dedicată promovării sănătății reproductive, în contextul în care procentul de mame minore este unul foarte ridicat în continuare în România. Iașul nu este încă lider național pe acest domeniu, dar procentul de mame sub 18 ani care ajung la cele două maternități este în creștere. Particularitatea acestor cazuri este și aceea că tinerele au, de cele mai multe ori, sarcini neurmărite.

„Campania urmărește împuternicirea tinerilor de a lua decizii informate în ceea ce privește propria sănătate reproductivă (educare privind comportamentele individuale de prevenire a infecțiilor cu transmitere sexuală, prevenire sarcini nedorite și utilizarea contracepției). Informarea și conștientizarea femeilor însărcinate și a celor care doresc să devină mame cu privire la diferitele aspecte ale sănătății sexuale (sănătății reproducerii), inclusiv asupra importanței consultului medical/ginecologic”, se menționează în anunțul DSP Iași.

Aceștia spun că în cadrul acestei campanii se încearcă o mai bună conștientizare a două probleme grave: sarcinile la adolescente și tendința crescătoare a cazurilor noi cu infecții transmisibile sexual. DSP citează un raport realizat la nivel mondial de către Organizația Mondială a Sănătății care arată că, la nivel mondial, au fost 650 de milioane de „mirese-copii” în 2021. Același raport vorbește despre faptul că există totuși o scădere a ratei de natalitate la adolescente, cu circa 20 la mie, dar că încă există un număr semnificativ de nașteri în grupa de vârstă 10 – 14 ani, la nivelul anului 2022 de această dată.

„Prevenirea sarcinii în rândul adolescentelor și a mortalității și morbidității legate de sarcină sunt fundamentale pentru obținerea unor rezultate pozitive în materie de sănătate pe parcursul vieții. În UE, în iunie 2023, aproximativ jumătate (45%) din nașterile la mame

cu vârste mai mici de 15 ani se înregistrau în România; 32% dintre mamele minore au menționat că și propriile lor mame aveau sub 18 ani la data primei nașteri”, se menționează în raportul citat de DSP Iași.

Concluzia, în linii mari, a acestui raport, este că lipsește o educație sexuală atât în România, cât și în țările în curs de dezvoltare unde nașterile la mame de sub 18 ani încă reprezintă o problemă majoră.

„Sarcinile în rândul adolescentelor au consecințe majore asupra sănătății mamelor adolescente și a copiilor acestora. Mamele adolescente cu vârsta cuprinsă între 10 și 19 ani se confruntă cu riscuri mai mari de eclampsie, endometrită puerperală și infecții sistemice în comparație cu femeile cu vârsta mai mare. Complicațiile legate de sarcină și de naștere sunt principala cauză de deces în rândul fetelor cu vârsta cuprinsă între 10 și 19 ani la nivel global”, au precizat cei de la DSP Iași.

Pe de altă parte, spun aceștia, peste 1 milion de infecții cu transmitere sexuală (ITS) sunt dobândite în fiecare zi în întreaga lume, dintre care majoritatea sunt asimptomatice inițial. Se estimează că peste 500 de milioane de persoane cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani au o infecție genitală cu virusul herpes simplex. Utilizarea metodelor contraceptive (prezervativ, diafragmă) reprezintă o alegere esențială pentru prevenirea acestor infecții, susțin cei de la DSP Iași.

Serviciile de care nu știai că poți beneficia în cadrul asigurării obligatorii de sănătate

Ina DUMITRESCU

Cei mai mulți români sunt asigurați în sistemul de asigurări sociale de sănătate. Un lucru normal, am spune, dar la care nu ne gândim decât în două situații: când vedem fluturașul cu salariul sau când avem probleme de sănătate care pot necesita o investigație medicală, o internare în spital, un tratament în ambulatoriu sau o rețetă compensată.

Ce înseamnă să fii asigurat în România și care sunt drepturile, dar și obligațiile

Potrivit dispozițiilor legale în vigoare sunt asigurați: toți cetățenii români cu domiciliul în țară și care fac dovada plății contribuției la fond, dar și cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și au obținut prelungirea dreptului de ședere temporară ori au domiciliul în România și care fac dovada plății contribuției la fond. Mai sunt și alte categorii, în special vizând cetățenii altor state, dar miza importantă este această plată a contribuției.

Primul lucru pe care trebuie să îl știm este că asiguraţii beneficiază de un pachet de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare. De asemenea, asiguraţii pot solicita cardul european de sănătate. Acest document îi conferă dreptul unui asigurat român de a beneficia de asistență medicală devenită necesară în cursul unei șederi temporare într-un stat membru al UE, SEE, Confederației Elvețiene, Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

Care sunt drepturile asiguraților?

Monalisa Artenie, purtător de cuvânt la CAS Iași, a explicat pentru „Ziarul de Iași" drepturile pe care le au persoanele asigurate. Printre acestea sunt cele cunoscute, precum dreptul de a-și alege furnizorul de servicii medicale, precum și casa de asigurări de sănătate la care se asigură, cât și dreptul de a fi înscriși pe lista unui medic de familie pe care îl solicită, dar să suporte cheltuielile de transport dacă opțiunea este pentru un medic din altă localitate. După șase luni de zile, dacă dorește, asiguratul poate să își schimbe medicul de familie ales inițial.

În baza asigurării obligatorii din România, un pacient are dreptul la pachetul de servicii de bază în mod nediscriminatoriu și poate să beneficieze de rambursarea tuturor cheltuielilor efectuate pe perioada spitalizării cu medicamentele, materialele sanitare și investigațiile paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală.

Asigurarea la sănătate garantează dreptul la controale profilactice, servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, consiliere psihologică, servicii medicale în ambulatorii și în spitale aflate în relație contractuală cu CJAS-urile de rigoare. Totodată, în caz de urgență primesc tratament, pot să meargă pentru unele intervenții și la stomatologii aflați în contract cu casa, dar și de tratament fizioterapeutic și de recuperare.

Care sunt obligațiile asiguraților?

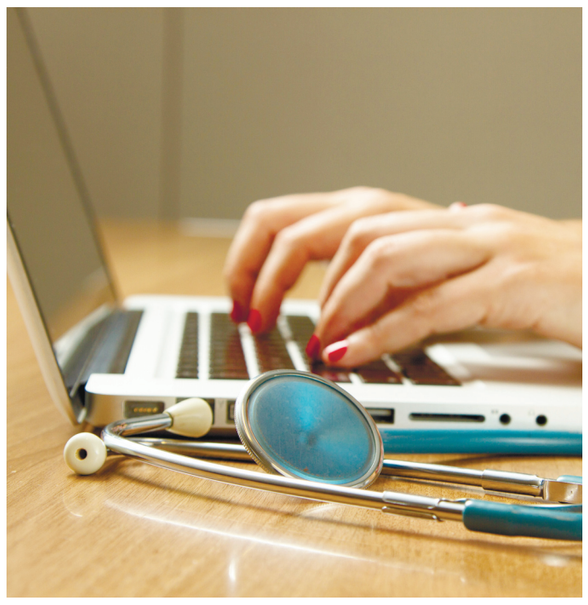
Purtătorul de cuvânt al CAS Iași spune însă că pentru a beneficia de aceste drepturi, asiguraţii au și unele obligații: să se înscrie pe lista unui medic de familie și să anunțe medicul ori de câte ori apar modificări în starea lor de sănătate, să se prezinte la controalele profilactice și periodice stabilite prin contractul-cadru, să anunțe în termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asiguraţi.

Totodată, aceștia trebuie să respecte cu strictețe tratamentul și indicațiile medicului, să aibă o conduită civilizată față de personalul medico-sanitar, cât și să achite contribuția datorată fondului și suma reprezentând coplata sau contribuția personală, în condițiile legii și să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative care atestă calitatea de asigurat.

De ce servicii poate beneficia un asigurat?

Reprezentantul CAS Iași spune că asiguraţii pot beneficia de asistența medicală de recuperare care se acordă pentru o perioadă de timp și după un ritm stabilite de medicul curant. Pot primi servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, inclusiv îngrijiri paliative la domiciliu care se acordă de furnizori autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare.

„Persoanele asigurate au dreptul la servicii de medicină dentară acordate de către medicul de medicină dentară și de către stomatolog în cabinete medicale autorizate, beneficiază de medicamente cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală pentru medicamentele cuprinse în lista de medicamente prevăzută de lege. Au de asemenea dreptul la materiale sanitare și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive pentru corectarea văzului, auzului, pentru protezarea membrelor și la alte materiale de specialitate, în scopul protezării unor deficiențe organice sau fiziologice, pentru o perioadă determinată sau nedeterminată, pe baza prescripțiilor medicale, cu sau fără contribuție personală", a explicat Monalisa Artenie.



Asiguraţii au și dreptul la transport sanitar, necesar pentru realizarea unui serviciu medical, cum ar fi în cazul dializei.

Asigurare socială de sănătate fără plata contribuției

Putem beneficia de asigurare socială fără plată copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii de la 18 ani până la 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenicii sau studenții, studenții-doctoranzi care desfășoară activități didactice, precum și persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldați sau gradați profesioniști.

O altă categorie de asiguraţi fără plata contribuției o reprezintă tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului, soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate. De aceleași drepturi beneficiază și bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, femeile însărcinate și lăuzele, persoanele fizice care se află în concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, acordate în urma unor accidente de muncă sau a unor boli profesionale.

Voluntarii care își desfășoară activitatea în cadrul serviciilor de urgență voluntare pe perioada participării la intervenții de urgență sau a pregătirii în vederea participării la acestea, cetățenii români care sunt victime ale traficului de persoane, pentru o perioadă de cel mult 12 luni sau persoanele care beneficiază de indemnizație de șomaj sau, după caz, de alte drepturi de protecție socială care se acordă din bugetul asigurărilor pentru șomaj au dreptul de asemenea la asigurări de sănătate fără plata contribuției.

De aceleași drepturi beneficiază și persoanele reținute, arestate sau deținute care se află în centrele de reținere și arestare preventivă, străinii aflați în centrele de cazare în vederea returnării ori expulzării, precum și cei care sunt victime ale traficului de persoane, care se află în timpul procedurilor necesare stabilirii identității și sunt cazați în centrele special amenajate. Și donatorii de celule stem hematopoietice care au donat pentru un pacient neînrudit sau înrudit, au aceste drepturi pentru o perioadă de 10 ani de la donare.

La finalul anului 2023 în evidențele CAS Iași figurau 440.962 de asiguraţi scutiți la plata contribuției ceea ce înseamnă un procent de 63,33% și 255.292 de asiguraţi plătitori de contribuție, adică 36,67%. ●

Aparate radioimagistice de ultimă generație, în valoare de 6 milioane lei, la Spitalul de Recuperare

Ancuța POPA

Pentru un diagnostic rapid al diferitelor afecțiuni precum și pentru realizarea cu succes a intervențiilor minim-invazive, Spitalului Clinic de Recuperare Iași a achiziționat aparate radioimagistice în valoare de 5.984.510 lei prin finanțare de la bugetul local și din venituri proprii, care vor înlocui aparatura veche și neperformantă din cadrul Laboratorului de imagistică medicală.

Pentru a avea siguranța unor detalii diagnostice în contextul patologiei extrem de complexe explorate radioimagistic, pentru a limita doza de iradiere și pentru a eficientiza la maximum preluarea solicitărilor de explorări radiologice din ce în ce mai numeroase și mai complexe, până la finalul lunii august vor instala și autoriza trei echipamente medicale: echipament de tomografie computerizat, echipament radiologic digital cu prindere în tavan și echipament de osteodensitometrie.

„Am adus trei echipamente noi de radiologie, înlocuind aparatele vechi care erau depășite atât moral, cât și fizic. În următoarele trei luni, vom pune în funcțiune și autoriza noul computer tomograf al spitalului, osteodensitometrul și noul aparat RX. De asemenea, vom efectua reabilitări majore în cadrul secției de radiologie medicală. Până la mijlocul anului viitor, vom instala și pune în funcțiune și RMN-ul Spitalului Clinic de Recuperare", a declarat Carmen Cumpăt, managerul spitalului.

Echipamentele nou achiziționate permit pacienților detalii suplimentare legate de diferitele tipuri de patologii, asigură și absoarbe în condiții optime fluxul de pacienți. Prin folosirea tehnicilor de imagistică moderne, se poate evalua cu acuratețe gradul de evoluție a unei afecțiuni, precum și eficiența tratamentului administrat.

Imagistica medicală este în prezent în centrul practicilor medicale moderne iar dotarea spitalului cu aparatură de radioimagistică medicală de ultimă generație, care funcționează la standardele cele mai înalte, asigură pacienților servicii medicale de excelență, mai transmit oficialii unității. ●

După 30 de ani de reformare a sistemului, am ajuns și la îngrijirea vârstnicilor la domiciliu: plan al Ministerului Sănătății până în 2030

Cătălin HOPULELE

85% dintre persoanele din regiunea Nord-Est, în care este inclus și Iașul, care ar avea nevoie de servicii de tip îngrijire la domiciliu, nu le primesc. Cifrele au fost publicate într-un proiect de ordin al Ministerului Sănătății, în care se vizează aprobarea unui plan național de dezvoltare graduală a îngrijirilor la domiciliu până în 2030. Ministerul spune că a fundamentat acest plan pe baza unor studii care au indicat nevoia pe termen lung în populația României. Ar fi, în momentul de față, circa 220.000 de persoane care au nevoie de îngrijiri medico-sociale la domiciliu, dar doar 15% beneficiază de ele, o parte în regim privat.

„Cele trei studii sunt fundamentate pe datele culese la nivel național, iar prin analiza de specialitate efectuată în cadrul proiectului s-a obținut o radiografie reală, concretă a situației existente la nivelul anului 2021 cu privire la cunoașterea detaliată a nevoii pentru astfel de servicii, evaluarea capacității furnizorilor de servicii, evaluarea acoperirii cu servicii de îngrijiri la domiciliu (ID) și costurile pe caz pe grad de dependență ale cazurilor îngrijite la domiciliu", se arată în document, citat și de 360medical.ro.

Primul studiu a evaluat nevoia de îngrijiri pe termen lung în populația României și a avut trei rezultate principale: a fost definit și înțeles conceptul de îngrijire de lungă durată la domiciliu (ILDD), a fost definită Grila de Evaluare a Dependenței și a fost elaborat raportul de dependență și numărul estimativ al cazurilor cu nevoi de servicii ID.

Al doilea studiu a evaluat acoperirea cu servicii de ID și capacitatea instituțională a furnizorilor de servicii de îngrijiri la domiciliu, prezentând o radiografie a situației existente la nivel național privind nevoia de îngrijire la domiciliu și oferta de servicii. Potrivit acestui studiu, la nivel național, aproape 220.000 de persoane au nevoie de îngrijiri medico-sociale la domiciliu, din care doar circa 31.600 (14,4%) primesc efectiv astfel de servicii. Pe regiuni, procentul estimat al populației neacoperite cu servicii de îngrijiri la domiciliu este cuprins între 72,7% în regiunea Centru și 93,9% în regiunea Sud Muntenia.

„Planul se referă la patru tipuri de îngrijiri la domiciliu: servicii sociale de îngrijiri la domiciliu, servicii medicale de îngrijiri la domiciliu, servicii paliative de îngrijiri la domiciliu și servicii de îngrijire la domiciliu de lungă durată. Documentul propune o creștere în etape de 2, 4 și 6 ani a numărului de persoane îngrijite și a rețelei de servicii de îngrijiri la domiciliu. Creșterea graduală a numărului de persoane îngrijite va fi în strânsă conexiune cu dezvoltarea rețelei de furnizori de ID, unde resursele financiare și umane sunt cheia dezvoltării acestor servicii. Dezvoltarea serviciilor de ID la nivel național pornește de la niveluri inegale, ceea ce va determina asumarea unor abordări diferite între județe", se menționează în plan, citat de 360medical.ro

Planul are ca punct final anul 2030, până când trebuie să existe un „acces rezonabil" la serviciile de îngrijire la domiciliu în toate județele din România. ●

Cine ne va opera peste 20 de ani? Studenții

În rândul medicilor, chirurgia este în continuare văzută drept „regina medicinei”. Volumul mare de muncă, responsabilitatea, posibilitățile directe de a salva vieți, dar și riscurile de complicații au presupus întotdeauna că nu oricine este făcut pentru munca de chirurg. Și de aceea doar vârfurile din facultate alegeau la rezidențiat această specializare și luptau să prindă un loc și un îndrumător cât mai bun. Dar în ultimii ani, numărul celor care optează pentru chirurgie generală la rezidențiat și care își doresc să devină chirurgi e din ce în ce mai mic. Au rămas chiar și locuri neocupate la rezidențiat.

Astfel că „Ziarul de Sănătate” a ridicat în rândul profesioniștilor din sănătate o întrebare: cine ne va mai opera peste 20 de ani? Rectorul UMF, prof.dr. Viorel Scripcariu, la rândul său chirurg, spune că este o problemă pe care universitatea și-o pune de astăzi. Nu doar pentru că sunt mai puțini rezidenți, ci pentru că mulți aleg chirurgia de conjunctură, fiindcă nu au prins loc acolo unde și-au dorit. Unul dintre cei mai cunoscuți chirurgi ieșeni, dr. Grigore Tinică, explică faptul că la chirurgie cardiovasculară sunt maximum 5-6 rezidenți din aproape 900 într-o serie, și nici aceștia nu sunt neapărat vârfurile unei generații.

Dar am discutat și cu chirurgi tineri, care încă își mai găsesc pasiune în ceea ce fac și care au refuzat mirajul străinătății pentru a lucra în România pentru ei și familiile lor. Fiindcă o bună parte dintre absolvenții de medicină din Iași se duc în continuare să își încerce norocul în străinătate, atrași atât de salarii, cât și de condițiile de muncă într-o societate care îi roagă să vină, față de una care-i condamnă să plece.

Pe mâinile cui ne lăsăm inimile? Doar 5 studenți din aproape 900 vor să devină chirurgi cardiovasculari. „Nu întotdeauna sunt cei mai buni”

Ina DUMITRESCU

Viața unui chirurg înseamnă și stresul următoarei operații, spune **prof.dr. Grigore Tinică**, chirurg cardiovascular și manager al Institutului de Boli Cardiovasculare „George Georgescu” din Iași. De aceea, crede acesta, în ultimii ani, absolvenții de medicină caută la rezidențiat acele specializări care nu înseamnă stres non-stop, gărzi peste gărzi, ore suplimentare fără număr, responsabilitate foarte mare și, în cazuri extreme, risc de malpraxis.

În cei 40 ani de când operează, medicul spune că a reparat peste 15.000 de inimi, iar cea mai lungă operație pe cord a durat 72 de ore și a fost efectuată împreună cu dr. Răzvan Vasile și dr. Eugen Săndică, cunoscut chirurg cardiovascular și actualmente coordonatorul Centrului de Malformații Cardiace Congenitale „Bad Oeynhausen” din Germania.

„Sunt mai multe elemente în această ecuație. Este vorba de un element care ține de dorința de sacrificiu a tinerilor de astăzi, dorința de a face performanță, dar și o altă dorință de a face bani mai ușor. Educația ultimilor 30 de ani a făcut în așa fel încât se dorește să se câștige mult cu muncă puțină. Și atunci sunt căutate specialitățile «la modă» în care oricine își poate face un cabinet medical privat și câștigă consistent fără să depună o muncă asiduă. Există specialități unde responsabilitatea este un pic mai mică. Închipuiți-vă însă că trebuie să operezi pe inimă un copil care are părinți, bunici, frați. Toți pot face presiuni asupra echipei chirurgicale. Și te confrunți cu o presiune enormă. Trebuie să ai o bună pregătire, dar și tărie de caracter pentru a merge mai departe”, a declarat prof.dr. Grigore Tinică.

„Nu îți ajunge câteodată o zi de muncă să termini o operație”

Prof.dr. Grigore Tinică spune că pentru a fi chirurg cardiovascular nu e suficient să știi doar meseria, trebuie să ai o rezistență aparte. Nu există program normat, poți sta în spital zi și noapte, iar uneori uiți că ai o familie care te așteaptă acasă pentru că ai de salvat o viață. Managerul IBCV spune că mulți dintre absolvenții de astăzi pur și simplu nu vor să facă asemenea sacrificii.

„Nu îți ajunge câteodată o zi de muncă să termini o operație. Nu poți să începi intervenția și dacă s-a terminat programul îl lași pe colegul din tura a doua să o finalizeze. Sunt operații lungi, complexe și consumatoare de timp. Noi ca profesori încercăm să selectăm viitorii chirurgi cardiovasculari. Dintr-un an de studenți la medicină generală, de exemplu, din 560 de români și 300 de străini, dacă ne vin pe chirurgie cardiovasculară 5 - 6 rezidenți suntem mulțumiți. Nu întotdeauna sunt însă cei mai buni. După cei 6 ani de rezidențiat trebuie să mai treacă 10 ani pentru a spune că ești un chirurg format. Noi avem câțiva rezidenți extraordinari de buni. Pot să vă spun că după 6 ani aceștia sunt apți să efectueze operații complexe”, a precizat prof.dr. Grigore Tinică.

Însă numărul de chirurgi cardiovasculari din institut este mai mic decât necesarul. Problema este însă cunoscută: cea a spațiilor. Chiar și dacă ar fi un număr mai mare de medici, spune managerul, capacitatea actualului institut nu permite mai multe internări și mai multe intervenții chirurgicale decât se fac în prezent.

Nu avem rezidențiat pentru chirurgia cardiacă pediatrică

În România nu există la ora actuală rezidențiat pentru chirurgia cardiacă pediatrică. După anii 2000 a apărut în Europa supraspecializarea pe chirurgie cardiacă pediatrică, iar în SUA trebuie făcut un stagiu în plus la rezidențiat pentru a putea opera copiii pe inimă. Și în România la ora actuală se fac supraspecializări în acest sens deoarece există mulți copii cu malformații congenitale cardiace care trebuie salvați. Cu toate acestea există puțini chirurgi cardiaci pediatri.

Conform statisticilor, în regiunea Moldovei se nasc anual aproximativ 1.000 de copii cu malformații congenitale cardiace. O mică parte necesită intervenții de urgență în primele zile de naștere. În schimb, marea lor majoritate poate fi operată la 3, 4 sau 5 ani, chiar și mai târziu. Unele malformații congenitale cardiace pot fi diagnosticate la naștere sau intrauterin. O parte din mortalitatea infantilă este cauzată însă de această patologie.

„Malformațiile congenitale cardiace cuprind mai multe defecte de dezvoltare a embrionului uman și a inimii. Pot fi diagnosticate atât intrauterin cât și după naștere. Unele dintre ele sunt mai complexe, precum cele cianogene care se văd mai ușor. Vorbim apoi și de malformațiile obstructive. Importantă este depistarea precoce și etapizarea intervențiilor chirurgicale deoarece sunt malformații care necesită o singură operație, iar altele mai multe etape în tratamentul definitiv”, a explicat prof.dr. Grigore Tinică.

Medicul povestește că în actualul institut au fost operați pe cord copii încă din

anul 2001. În acea perioadă exista o colaborare cu prof. Francis Robicsek din SUA. Astfel au putut fi trimiși la specializare peste ocean cardiologi, chirurgi, anesteziști, asistente medicale. Aceștia au revenit în institut și au realizat intervenții pe cord la copii. În total, până acum au fost operați în jur de 900 de copii la Iași.

La ora actuală, unii copii diagnosticați cu malformații congenitale cardiace vin la IBCV, alții sunt operați la București, la Spitalul „Marie Curie” sau la Tg. Mureș. Și la Cluj se mai operează, dar nici acolo nu există secție de chirurgie cardiacă, așa cum se întâmplă și la Iași. Însă cei mai mulți copii nu sunt operați, explică medicul, iar acest lucru s-ar putea schimba doar prin apariția, dotarea și găsirea de profesioniști pentru Institutul Inimii, care va avea și o secție de chirurgie cardiacă pediatrică, cu specialități conexe.

Emoție, vocație și responsabilitate: de ce chirurgia plastică nu e doar despre bani

Ina DUMITRESCU

Chirurgia plastică, estetică și reconstructivă a fost anul trecut pe locul 10 în topul celor mai dorite specialități la rezidențiat. Explicațiile venite din partea tinerilor care au ales profesia se referă și la un viitor sigur, posibilitatea de a lucra cu ușurință mai mare în privat, dar și de a avea un bazin mare de clienți: sunt mulți oameni care nu sunt mereu mulțumiți de felul în care arată. Dar rolul chirurgului este cu atât mai important, explică **dr. Lucian Popa**, medic primar, specializat în chirurgie plastică. Acesta trebuie să știe când să spună nu pacienților, să le explice, mai ales când este căutat la clinica sa privată și având o reputație de a putea rezolva majoritatea problemelor.

Dr. Lucian Popa povestește că a avut șansa să cunoască această meserie cu specificul ei în stagiile pe care le-a făcut în rezidențiat la chirurgie generală, neurochirurgie și, în final, chirurgie plastică.

„Am simțit gustul și emoția chirurgiei. Din punctul meu de vedere chirurgia nu este doar o meserie, este o vocație. M-am întors la chirurgia plastică după 3 ani de oftalmologie. Rezidențiatul a fost greu. Vorbim de gărzi, nopți nedormite, eforturi prelungite, istovitoare, grija pentru a face ceea ce trebuie și o dorință să știi tot mai mult pentru a oferi cea mai bună șansă pacienților care îți acordă încrederea lor. Apoi a urmat specialitatea care a adus în plus și responsabilitatea deciziilor. Și iarăși ore de operații prelungi, griji, dar și satisfacții. Primariatul și doctoratul au dat valoare realizărilor de până atunci”, a explicat dr. Lucian Popa.

Medicul consideră că, în esență, chirurgia plastică este extraordinară fiindcă îmbină rigurozitatea tehnicilor chirurgicale cu imaginația și posibilitatea unor updateuri constante. El spune că realizările științifice din ultimii ani au diversificat posibilitățile specialității, combinând abordările clasice cu inovații neașteptate din domeniul biologiei celulare și terapiilor de sinteză.

Pe piața „injectabilelor” există riscuri mari

„Să lucrez în străinătate a fost tentant și mi-ar fi oferit condiții mai bune, dar de fiecare dată am refuzat ofertele deoarece am considerat că destinul și obligația mea sunt aici, cu ai mei. Particip des la workshopuri organizate în diverse țări, am o practică universitară și științifică cu cercuri științifice din străinătate, dar activitatea mea de bază a fost și este în țară”, punctează dr. Lucian Popa.

El spune că, în prezent, motivația alegerii unei specialități a devenit ușor influențată de dorința unei activități ușoare, predictibile și cu riscuri minime. Motivația financiară este iarăși un element identificat de medic în alegerea făcută de tinerii rezidenți. Există însă și medici de diverse specialități care încearcă să practice acest domeniu în ideea unor câștiguri materiale.

„Fiind vorba de estetică, bazată tot pe chirurgia plastică, foarte mulți alți medici sau «nemedici» practică o serie de proceduri, în special injectabile, uneori mai mult, fără a avea o pregătire corespunzătoare. Aici apare și o dilemă morală, dacă este să vorbim de morală, și anume de a nu face rău. Lipsa unor cunoștințe temeinice poate determina riscuri, unele chiar importante pentru pacient, dar și pentru medic”, a precizat chirurgul.

El punctează faptul că această specialitate te solicită, te motivează și necesită un efort susținut. Mediul privat impune și o abordare diferită. Pacienții se adresează în mod direct medicului și așteaptă rezultate corespunzătoare imaginii și notorietății pe care acesta și-a creat-o.

Au fost refuzați și pacienți cu solicitări nerealiste

„Pacienții ajung în cabinetul meu având solicitări variate. Toate sunt justificate fie de aspecte structurale sau emoționale, personale și ei vor o rezolvare. Aceasta este de obicei sarcina pe care mi-o asum zilnic, de a-i ajuta pe cei care îmi acordă încrederea cu tot ce pot, încercând să găsesc cele mai bune soluții pentru ei. Motivația care primează, așa cum am afirmat în jurământul depus, este binele pacientului. Nu întotdeauna însă aprecierea pacienților corespunde cu ceea ce pot oferi, bazându-mă pe cunoștințele și experiența mea. Satisfacția rămâne atunci când recomandările mele sunt urmate și rezultatele sunt extraordinare”, explică dr. Lucian Popa.

Dr. Lucian Popa

El spune că în cazul unor pacienți care își doresc rezultate nerealiste și exagerate încearcă să le clarifice și să justifice situația; dacă aceștia nu înțeleg, refuză să le realizeze dorințele. Medicul nu face niciodată rabat de la principiile care conduc la o rezolvare corectă a cazurilor.

„În meseria noastră trebuie să ne aducem aminte mereu de vocație. Acel sentiment care te face să lucrezi cu plăcere, fără odihnă, fără a contoriza niște beneficii importante și totuși să dorești să faci acea munca. Aceasta cred că poate caracteriza orice activitate, dar în mod special pe cea de chirurgie plastică”.

Rezidențiatul, cea mai grea perioadă din punct de vedere fizic și psihic, dar și cea mai frumoasă

Pe **dr. Angelica Balaur** o întâlnești pe holurile Secției Clinice de Chirurgie plastică microchirurgie reconstructivă și mari arși de la Spitalul „Sf. Spiridon”. A terminat Facultatea de Medicină în anul 2013, iar în decembrie 2018 rezidențiatul. Specialitatea pe care și-a ales-o atunci, aceea de chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă, a fost prima și singura opțiune. Pentru că era vorba de „ceva” de care s-a îndrăgostit.

„Am ales această specialitate din pură șansă și un pic de noroc aș putea spune încă din primul an de facultate făcând practica de vară la Clinica de Chirurgie plastică, reconstructivă și arsuri a profesorului Stamate din cadrul fostului Spital de Urgențe din Copou. Așa m-am îndrăgostit de această specialitate și am rămas în continuare cu ea. Ceea ce consider a fi un noroc. Am colegi care pe parcursul rezidențiatului și-au schimbat specialitatea sau au început un al doilea rezidențiat. Faptul că am ales chirurgia plastică încă din primul an de facultate și o aleg în continuare în fiecare zi când vin la spital este un dar de la Dumnezeu”, a povestit dr. Angelica Balaur.

S-a întors acasă să lucreze „în limba mea și pentru poporul meu”

În ceea ce privește specialitățile pe care le aleg la ora actuală la rezidențiat absolvenții de medicină, dr. Angelica Balaur consideră că acestea nu trebuie împărțite în simple și grele. De altfel, își amintește rezidențiatul ca fiind cea mai frumoasă perioadă din viața ei, dar și un șir de ani care au solicitat-o din punct de vedere fizic și psihic.

„Dacă dorești să profesezi la cel mai înalt nivel, orice specialitate devine provocatoare. Poate actualii absolvenți nu mai sunt atrași de specialitățile chirurgicale din cauza lungimii rezidențialului. Cele mai de durată rezidențiate sunt cele chirurgicale, cum este si normal, dar trăim într-o lume în care vrem totul acum”, a declarat medicul.

Particularitățile acestei meserii, de chirurg plastician, consideră dr. Angelica Balaur, sunt infinite. Este o meserie ce implică „manualitate”, dar în același timp cât îți lucrează mâinile îți folosești creierul la pentru că cele mai multe decizii sunt de moment, în timpul intervențiilor.

Pe perioada rezidențiatului, dr. Angelica Balaur s-a gândit și la varianta de a pleca să profeseze în străinătate. Existau două motive: unul se referea la mirajul spitalelor occidentale cu resurse nelimitate în care părea că poți realiza orice îți propuneai si cel de al doilea era aspectul financiar, pentru că la acea vreme salariile medicilor erau mult mai mici decât în prezent. Dar pe parcursul stagiilor și al congreselor în străinătate, medicul a revenit de fiecare dată acasă pentru a-și profesa meseria ***„în limba mea și pentru poporul meu”***.

Dr. Angelica Balaur spune că primii ani de specialitate au fost dificili prin prisma responsabilității fiecărei decizii, fiecărui caz, fiecărui pacient, pentru că toate deveneau dintr-o dată datoria ei.

Sistem public sau privat?

La ora actuală medicul lucrează atât în sistem public cât și în cel privat. Spune că sunt avantaje și dezavantaje pentru ambele, responsabilitățile fiind diferite.

„Aleg să profesez în continuare în spitalul de stat pentru că în ceea ce privește chirurgia mâinii, aceasta reprezintă pentru mine o pasiune și este și motivul pentru care am ales această specialitate de fapt. Nu este mai ușor în mediul privat, pentru că responsabilitățile sunt diferite, dar la fel de mari. Iar majoritatea dintre noi nu am ales medicina și specialitatea ulterior prin prisma câștigurilor, pentru că dacă asta era motivația principală nu mai alegeam deloc. Sunt alte joburi mai bine plătite”, a spus medicul.

Sistem public în chirurgia estetică, punctează dr. Angelica Balaur, nu există în România, așa cum există în alte țări europene parteneriate public-privat. Deoarece există patologii privite ca estetică ce ar putea fi tratate în spitalele de stat. De exemplu gigantomastia - nu mai

Dr. Angelica Balaur

reprezintă doar o problemă de estetică, ci intră în sfera patologicului. Sistemul privat în estetică înseamnă multă muncă, multă pregătire la congrese si workshopuri internaționale pe cheltuiala proprie pentru că această parte a specialității nu se face în timpul rezidențiatului. Înseamnă responsabilitate, spune aceasta, pentru că un pacient îți oferă toată încrederea nu pentru a-i trata o boală, ci pentru a-i îmbunătăți calitatea vieții.

„Viitorul acestei specialități este fascinant. Dezvoltarea accelerată a tehnologiei și a inteligenței artificiale sunt impresionante și cred că o să aibă un mare impact asupra medicinei. Mă bucur că o să văd aceste schimbări în timpul carierei mele”, a concluzionat dr. Angelica Balaur.

de la Medicină nu mai vor să fie chirurgi

Numărul rezidenților la chirurgie generală, mai mic an de an. Rectorul UMF: „Vom ajunge să ne operăm la cineva care face chirurgie fiindcă nu a avut altă opțiune”

Cătălin HOPULELE

Unele dintre cele mai căutate poziții la concursul de rezidențiat au fost, prin tradiție, cele de la chirurgie generală. Era locul „elitelor”, povestesc medicii pentru „Ziarul de Sănătate”. Locul pe care se băteau cei mai promițători absolvenți de medicină pentru a studia sub legendele Iașului medical: chirurgii. 20 de ani mai târziu, însă, situația nu mai arată la fel, ba chiar devine pe alocuri îngrijorătoare. Prof.dr. Viorel Scripcariu, rectorul Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași (UMF), spune că au început să rămână locuri libere la rezidențiat la chirurgie. Inclusiv la Iași, în urmă cu doi ani, au fost 20 astfel de poziții care nu s-au ocupat la prima strigare.

Prof.dr. Viorel Scripcariu

Mai grav este, spune rectorul, că o parte dintre cei care vin pe aceste locuri nu sunt dintre cei mai străluciți absolvenți de medicină. Ci mai degrabă sunt tinerii care au vrut o altă specializare, n-au prins locuri acolo, și ***„s-au mulțumit”*** cu o poziție la chirurgie generală.

„Este clar că locurile nu se mai ocupă ca acum 10-15-20 de ani. Era efectiv o bătălie. Astăzi, locurile rămân și sunt accesate de cei care sunt, ca note, la mijlocul spre coada clasamentului de la rezidențiat. Nu sunt dintre candidații care au o situație educațională foarte bună, dar este important de spus că încă sunt cei care își doresc să facă chirurgie. Problema e că sunt puțini cei care aleg asta din vocație, mulți o fac din conjunctură și, după un an, încep fie să se retragă, să dea iar rezidențiatul, fie să treacă de la o specialitate la alta. Chirurgia generală nu mai este la fel de atractivă”, a precizat prof.dr. Viorel Scripcariu.

Munca unui chirurg e cea mai vizibilă și la bine, și la rău

La rândul său chirurg, rectorul își amintește că în vremea studenției sale mulți nu îndrăzneau să spere că vor prinde un rezidențiat pe chirurgie generală. Astăzi, însă, societatea arată altfel. Prof.dr. Viorel Scripcariu spune că presiunea pe chirurgi este una mare, atât ca volum de cazuri, cât și din partea aparținătorilor și a pacienților. Munca lor are cele mai vizibile rezultate: o operație bine executată salvează viața unui pacient care nu are altă alternativă terapeutică, dar în același timp, o complicație poate duce la efecte nedorite. Chiar dacă în multe cazuri nu e vina chirurgului sau a echipei de suport, consecințele sunt directe și există un oprobiu public asupra lor.

„Vorbim despre medici în general, dar mai ales specialitățile chirurgicale sunt expuse mereu criticilor. Sunt mulți pacienți, aparținători, care au fost nemulțumiți de rezultatul tratamentului sau de tratamentul în sine care sunt vocali și ajung ușor în atenția tuturor, inclusiv a mass-media. E mult spus că s-a reușit «defăimarea» acestei tagme, dar există o percepție la ora actuală, la nivelul populației generale, că chirurgii au bani sau câștigă foarte bine față de alți medici. Ceea ce nu este adevărat. E benefic însă că, în România, concepția pacientului român în ceea ce privește «plicul» s-a îmbunătățit și a scăzut foarte mult. Suntem o țară europeană, lumea înțelege că aceste lucruri nu-și mai găsesc locul în societate. Iar orice act medical care condiționează «plicul» trebuie criticat și condamnat”, a declarat prof.dr. Viorel Scripcariu.

Alte specializări mai bine plătite, cu riscuri mai puține

A contat și faptul că chirurgii sunt mai expuși greșelilor, cât și reușitelor, spune rectorul, atunci când vine vorba despre alegerea de la rezidențiat. Dar probabil unul dintre cei mai importanți factori în alegerea tinerilor ține de felul în care s-au așezat lucrurile în societate după creșterile semnificative salariale din domeniul medical. Acum se câștigă la fel de bine și din specializări în care volumul de muncă nu este la fel de mare și riscurile sunt infinit mai mici.

„Sunt aceeași bani plătiți pentru chirurgie ca pentru, să spunem, cardiologie, radiologie sau radiologie intervențională. La aceasta din urmă poți lucra, după-amiază, de acasă. Rămâi în privat, primești imagini pe calculator, le interpretezi și dai rezultatele. Se câștigă bani în plus, sunt și sporuri în acest sens. La fel, îți deschizi un cabinet privat de cardiologie și vei avea toată ziua pacienți. Se câștigă bine și din ATI, cu sporuri salariale foarte mari, dar este și o specializare foarte grea și foarte solicitantă. Aici există și o presiune din exterior: solicitările din afara țării, din Europa și nu numai, de specialiști în ATI, sunt în continuare foarte mari și o bună parte dintre cei care pleacă din țară după rezidențiat sunt cei care s-au pregătit în această specializare”, a completat prof.dr. Viorel Scripcariu.

S-a mai schimbat un lucru semnificativ în ceea ce privește chirurgia generală, dar aceasta este o schimbare în bine. A existat o deschidere mai mare pentru toți rezidenții, iar acum cam jumătate sunt femei. Nu cu mult timp în urmă, spune rectorul, nu erau interesați de chirurgie decât bărbații care terminau Facultatea de Medicină. ***„Astăzi, dacă mergeți plin clinicile universitare, veți vedea că dintre rezidenți majoritatea sunt femei și sunt rezidenți foarte buni, chiar au rezistență și pasiune”***, a completat rectorul.

Cine ne va opera peste 20 de ani? Posibil chirurgi din Asia

Deși prof.dr. Viorel Scripcariu spune că e majoritatea absolvenților nu vor recunoaște asta decât în subconștient, alegerea unei alte specializări decât chirurgia generală, chiar dacă ar fi pricepuți la asta, vine și conjunctura presiunii meseriei. Chirurgia înseamnă volum de muncă mare, gărzi peste gărzi cu operații care durează uneori ore în șir, una după alta. Iar acest lucru îi consumă chiar și pe cei mai rezistenți.

„Oamenii, dacă pot, se vor proteja, și e de înțeles. Dacă obțin ceva cu mai puțin efort, de ce să mă prind într-o specialitate foarte mare? Există totuși dintre tinerii noștri cei care au vocație și care vor să facă asta. Îi vedem chiar de pe băncile facultăților: sunt cei care chiar vor să facă chirurgie. Vin în practicile de vară în sălile de operații, îi identifici acolo, mai avem cercuri metodologice pe parte de chirurgie, unde prezentăm cazuri, cum am lucrat la ele, și îi atragem”, a punctat prof.dr. Viorel Scripcariu.

Iar lucrurile merg, cumva, împotriva unui trend, spune rectorul, chiar dacă situația e la fel în toate marile centre din Vestul Europei. Interesul tinerilor scade în contextul unei meserii cu stres extrem și volum mare de muncă. Dar revoluțiile din tehnologie ușurează mult munca multor chirurgi și ar trebui să fie un punct de atracție pentru generațiile viitoare. Sunt progrese semnificative realizate în chirurgia laparoscopică, în cea robotică, se merge mult pe minim-invaziv, iar asta reduce timpul de operație și riscurile de complicații.

Dar există și la Iași îngrijorarea pe care am ridicat-o în „Ziarul de Sănătate”, în acest dosar: cine ne va opera peste 20 de ani?

„Ne îngrijorează lucrul acesta. Pe viitor, această specialitate pur și simplu nu are cum să dispară. Așa că dacă nu vei avea oameni, personal, care să practice, nu văd unde se va putea ajunge. Una e să mergi la un chirurg care era un student briliant încă din timpul facultății, care arăta aptitudine pentru asta și dorință, alta e să mergi să te operezi la cineva care face chirurgie că nu a avut o altă opțiune. Există o translare, în medicină, de la Est la Vest. Și în România astăzi sunt mulți chirurgi care provin din Republica Moldova. Poate peste ani vom avea chirurgi care vin din alte țări din Asia, din China. Este o problemă de care sunt îngrijorați și sperăm să găsim soluții”, a conchis prof.dr. Viorel Scripcariu.

Profesorul Eugen Târcoveanu, despre riscul operaţiilor: „Chirurgul nu este un mecanic auto”

Mădălina OLARIU

„Ziarul de Iași” a vorbit în mai multe rânduri, în ultimii ani, despre importanța meserie ide chirurg și despre felul în care aceasta se modifică odată cu trecerea anilor. În 2022, chirurgul Eugen Târcoveanu, unul dintre cei mai cunoscuţi în domeniul său, a oferit un interviu pentru publicația noastră, în care a explicat felul în care s-a modificat activitatea chirurgicală în ultimii 20-30 de ani şi care sunt riscurile cele mai mari în cazul unor intervenţii ce pot părea banale.

Conform acestuia, vârsta medie a pacienţilor care suferă o intervenţie chirurgicală a crescut de la 45 de ani la 75 de ani. Astăzi, pacienţii au multiple comorbidităţi, iar chirurgii sunt ajutaţi de introducerea tehnologiei în sălile de operaţie, care s-au transformat în adevărate „nave spaţiale”. ***„Chirurgul nu va fi niciodată un simplu tehnician care mânuieşte un aparat, ci un medic înzestrat cu gândire strategică, care aplică o variantă de tehnică sau alta”***, a spus prof.dr. Eugen Târcoveanu.

„Fiecare bolnav este un unicat extraordinar, care se comportă diferit în faţa agresiunii chirurgicale”

- Care sunt cele mai mari riscuri la o operaţie care poate părea chiar simplă sau banală?

- Chirurgia, una din cele mai frumoase specialităţi medicale, este cea mai expusă la riscuri, deoarece chirurgul se diferenţiază de alţi terapeuţi prin posibilităţile deosebite pe care le are în a interfera echilibrul biologic al bolnavului printr-o agresiune dirijată: intervenţia chirurgicală. Investit cu putere decizională, chirurgul are o mare responsabilitate. Toate operaţiile au riscuri. Aceste riscuri ţin de patologie (boală), bolnav cu particularităţile sale şi în mică măsură de chirurg, toate fiind în continuă schimbare. Structura patologiei chirurgicale s-a schimbat prin creşterea speranţei de viaţă, îmbunătăţirea adresabilităţii populaţiei, prin schimbările survenite în obiceiuri alimentare şi de viaţă, din cauza poluării, stresului. Chirurgul se confruntă cu probleme legate de gerontochirurgie (vârsta medie a bolnavilor operaţi în urmă cu 50 ani era de 45 ani, azi vârsta medie este de 75 ani), creşterea frecvenţei bolilor cardiovasculare, metabolice şi degenerative (practic orice bolnav are, pe lângă boala de bază, încă două boli în medie, surse de complicaţii postoperatorii), a neoplaziilor şi a politraumatismelor. Fiecare bolnav este un unicat extraordinar, care se comportă diferit în faţa agresiunii chirurgicale. Lumea crede că chirurgul este un fel de mecanic auto care repară un motor, înlocuind sau reparând o piesă, în timp ce motorul nu funcţionează. Lucrurile în chirurgie sunt mult mai complexe pentru că bolnavii şi chiar bolile sunt diferite. Fiecare operaţie are particularitatea ei, de aceea chirurgii nu se plictisesc să facă aceeaşi operaţie de sute de ori. Chirurgul nu va fi niciodată un simplu tehnician care mânuieşte un aparat, ci un medic înzestrat cu gândire strategică, care aplică o variantă de tehnică sau alta. Vreau să subliniez că el trebuie să se informeze zilnic. Chirurgia timpului nostru a cunoscut o evoluţie impresionantă datorită progreselor înregistrate în anestezie, în cercetarea fundamentală, în mijloacele de explorare, în imunologie, genetică, şi mai ales în Inteligenţa Artificială. Chirurgul nu poate fi în acelaşi timp un perfect cibernetician, dar trebuie să ştie cum să facă apel la specialiştii corespunzători.

„Este nevoie de timp pentru a stăpâni cu încredere o nouă tehnologie”

- Unde se poate greşi şi ce complicaţii pot să apară la o intervenţie chirurgicală? În ce condiţii se pot preveni complicaţiile?

- Complicaţiile sunt inerente actului chirurgical, important este ca ele să fie cât mai rare. De regulă, apar în cursul operaţiilor complexe, lungi, în chirurgia oncologică sau de urgenţă. Pentru a reduce numărul de complicaţii a apărut nevoia de supraspecializare (chirurgie hepato-biliopancreatică spre exemplu), necesitând o pregătire specială şi expertiză ce se obţine doar de către chirurgii care lucrează exclusiv în acest domeniu. Performanţa unui chirurg este evaluată azi nu numai prin analiza mortalităţii sau a complicaţiilor (morbiditate postoperatorie), ci şi după numărul de ganglioni limfatici excizaţi într-o intervenţie oncologică, rezultatele funcţionale şi calitatea vieţii bolnavului. În era globalizării, există tendinţa de a înlocui vechea certificare naţională cu o certificare internaţională. Într-o lume globală, chirurgii vor trebui să îndeplinească standardele globale şi este probabil să se stabilească un sistem internaţional de pregătire, examinare şi certificare.

- În ce măsură contează şi aparatura cu care este dotat un spital? Poate fi acesta unul dintre factori?

- Tehnologiile moderne au pătruns tot mai mult în aria de aplicaţie chirurgicală, fără de care nu poţi face performanţă. Asistăm la o aglomerare din ce în ce mai mare de aparatură şi mijloace terapeutice sofisticate în blocul operator, care începe să semene cu o navă spaţială. Ecografia intraoperatorie, chirurgia ghidată fluorescent sau navigaţie chirurgicală, suturile mecanice (stapler), chirurgia cu laser, dispozitive energetice, endoprotezele, angioplastiile au intrat în activitatea curentă, permiţând realizarea unor performanţe tehnice în cazuri altădată sortite eşecului. Este nevoie de timp pentru a stăpâni cu încredere o nouă tehnologie. Între timp, tehnologiile se schimbă din nou, astfel încât chirurgul care se află încă în „curba de învăţare” ar trebui să înceapă de la zero cu o tehnologie şi mai recentă. Cel mai important impact asupra modului de funcţionare a sălii de operaţie este introducerea chirurgiei minim invazive şi a chirurgiei robotice. Aceasta nu este doar o tehnologie nouă, ci şi un mod nou de a opera, ceea ce duce la o schimbare majoră în practica intervenţiei chirurgicale şi în starea sufletească a chirurgului.

- Din experienţa dumneavoastră, care au fost operaţiile cu risc ridicat, care totuşi au fost efectuate, şi care nu au avut rezultatele scontate?

Operaţiile complexe, de lungă durată, intervenţiile chirurgicale practicate în urgenţă (fără pregătire preoperatorie) au fost cele cu risc ridicat de complicaţii. Dar rata complicaţiilor la Iaşi este în limitele marilor centre chirurgicale.

Tulburările de mișcare hiperkinetice

Dr. Vlad Pădurariu, medic primar Neurologie, Coordonatorul Centrului de excelență pentru managementul clinic al pacientului cu boală Parkinson și tulburări de mișcare, Arcadia: Tulburările de mișcare hiperkinetice sunt un grup de afecțiuni neurologice caracterizate prin **mișcări excesive, involuntare sau mișcări anormale, repetitive.** Aceste mișcări pot afecta diferite părți ale corpului, inclusiv membrele, fața, trunchiul și corzile vocale. Tulburările de mișcare hiperkinetice sunt de obicei cauzate de disfuncții în ganglionii bazali sau circuitele cerebrale asociate implicate în controlul motor.

Cele mai comune tipuri de tulburări de mișcare hiperkinetice includ:

- **ticurile:** mișcări bruște, repetitive, nonritmice sau sunete care sunt adesea involuntare și dificil de controlat. Ele se pot manifesta ca ticuri motorii, care implică mișcări ale corpului sau ticuri vocale, care implică sunete sau vorbire. Ticurile sunt o caracteristică distinctivă a sindromului Tourette, dar pot apărea și în alte afecțiuni neurologice sau psihiatrice;
- **tremorul:** mișcare involuntară, ritmică, oscilantă a unei părți a corpului. Tremorul esențial, adesea confundat cu Parkinson, provoacă tremurături ritmice, de obicei în mâini, ceea ce face ca sarcini precum ținerea unui pahar sau folosirea ustensilelor să fie provocatoare;
- **distonie:** implică contracții musculare susținute care provoacă răsuciri, mișcări repetitive sau posturi anormale. Mișcările distonice pot afecta doar părți ale corpului sau pot fi generalizate, afectând mai multe regiuni ale corpului. Distonia poate fi primară (idiopatică) sau secundară altor afecțiuni, cum ar fi boala Parkinson sau boala Wilson, sau anumitor medicamente;
- **coree:** un tip de tulburare de mișcare involuntară, caracterizată prin mișcări scurte, neregulate, sacadate, care sunt rapide și imprevizibile. Aceste mișcări pot fi descrise ca „asemănătoare dansului". Coreea poate afecta diferite părți ale corpului, inclusiv fața, membrele și trunchiul. Este adesea asociată cu anumite afecțiuni neurologice, cea mai notabilă fiind boala Huntington. În boala Huntington, coreea este unul dintre simptomele distinctive și tinde să se agraveze pe măsură ce boala progresează. Cu toate acestea, coreea poate apărea și în alte condiții, cum ar fi anumite tulburări autoimune (de exemplu, coreea Sydenham), tulburări metabolice sau ca efect secundar al anumitor medicamente;
- **mioclonii:** contracții musculare bruște, scurte, asemănătoare șocului. Aceste mișcări pot apărea spontan sau ca răspuns la stimuli și pot afecta un singur mușchi sau un grup de mușchi. Miocloniile pot fi clasificate ca fiziologice (normale), esențiale (idiopatice) sau simptomatice (asociate cu afecțiuni neurologice subiacente).

Primele semne ale unei tulburări de mișcare hiperkinetice pot varia în funcție de afecțiunea specifică, dar simptomele timpurii comune pot include: mișcări involuntare, tremor, spasme musculare, comportamente repetitive.

Simptomele tulburărilor de mișcare hiperkinetice pot fi uneori confundate cu alte afecțiuni neurologice sau psihiatrice, deci este esențial să solicitați evaluarea de către un neurolog cu experiență în tulburările de mișcare.

Tulburările de mișcare hiperkinetice sunt tratate în siguranță în **Centrul de excelență pentru managementul clinic al pacientului cu boală Parkinson și tulburări de mișcare Arcadia.**

Pentru programări, aveți la dispoziție numărul de telefon **0232 920, Call Center Arcadia.** www.arcadiamedical.ro

Gel contraceptiv masculin pentru controlul nașterii

Un nou gel contraceptiv masculin care combină doi hormoni, acetatul de segesteron (numit Nestorone) și testosteronul, suprimă producția de spermă mai rapid decât metodele experimentale similare bazate pe hormoni pentru controlul nașterii masculine, potrivit unui nou studiu.

Rezultatele unui studiu clinic de fază 2b multicentric în curs de desfășurare au fost prezentate la RNDO 2024, reuniunea anuală a Societății Endocrine din Boston.

„Dezvoltarea unei metode contraceptive sigure, extrem de eficiente și reversibile pentru bărbați este o nevoie nesatisfăcută", a declarat cercetătorul principal **profesor Diana Blithe**, șeful Programului de dezvoltare a contraceptivelor la National Institutes of Health (NIH) din Bethesda. ***„În timp ce studiile au arătat că unii agenți hormonali pot fi eficienți pentru contracepția masculină, debutul lent al supresiei spermatogene este o limitare"***, spune aceasta.

Studiul a inclus 222 de bărbați care au efectuat cel puțin 3 săptămâni de tratament zilnic cu gelul contraceptiv. Gelul conținea 8 miligrame (mg) de acetat de segesteron și 74 mg de testosteron. Acetatul de segesteron este un ingredient al inelului contraceptiv vaginal Annovera. Bărbații au aplicat gelul o dată pe zi pe fiecare omoplat.

La începutul studiului, cercetătorii au făcut măsurători pentru suprimarea producției de spermatozoizi, obținând teste de numărare a spermatozoizilor la intervale de 4 săptămâni. Pragul considerat eficient pentru contracepție a fost de 1 milion sau mai puțin de spermatozoizi per mililitru de material seminal, a remarcat Blithe.

Majoritatea participanților la studiu (86%) au atins acest număr de spermatozoizi până în săptămâna 15, au raportat cercetătorii. Pentru acei bărbați, producția de spermă a fost suprimată la un timp mediu de mai puțin de 8 săptămâni de tratament cu segesteron-testosteron. Blithe a spus că studiile anterioare ale contraceptivelor hormonale masculine administrate prin injecții au arătat un timp mediu între 9 și 15 săptămâni, pentru ca producția de spermă să fie suprimată.

„Un timp mai rapid până la suprimare poate crește atractivitatea și acceptabilitatea acestui medicament pentru potențialii consumatori", a spus Blithe.

Tratamentul cu testosteron singur scade producția de spermatozoizi, cu un timp mediu de 15 săptămâni, dar adăugarea de acetat de segesteron accelerează timpul și scade doza de testosteron necesară pentru a suprima producția de spermă în comparație cu testosteronul, a spus ea. În regimul zilnic de gel segesteron-testosteron, nivelurile sanguine de testosteron sunt menținute în intervalul fiziologic pentru a menține funcția sexuală normală și alte activități dependente de androgeni.

Etapa de suprimare a spermei în cadrul studiului internațional de fază 2b a gelului de segesteron-testosteron este completă. Studiul continuă să testeze eficacitatea, siguranța, acceptabilitatea și reversibilitatea contracepției după încetarea tratamentului.

Îngrijirile paliative își propun o abordare personalizată a bolii pacientului

***Alina Ghica, Iași**: Bunicul meu, în vârstă de 74 de ani are un cancer de colon pe care medicii care îl supraveghează îl stăpânesc tot mai greu. Își cunoaște diagnosticul și încearcă să se descurce, dar îi este tot mai greu, mai ales că locuiește singur. Am citit despre îngrijiri paliative dar nu am abordat pană acum acest subiect cu el, de teamă ca nu cumva să creadă că vreau să îl abandonez. Nu știu cum ar trebui să procedez.*

Conf. Dr. Vladimir Poroch, Șef Compartiment Îngrijiri Paliative, Institutul Regional de Oncologie, Iași: "Rolul îngrijirii paliative este acela de a îmbunătăți calitatea vieții pacienților dar și a familiilor celor care se confruntă cu o boală cronică, progresivă, limitatoare de viață, cu prognostic limitat, de multe ori, în limbaj popular, fiind o afecțiune incurabilă, o boală gravă, severă.

În îngrijirea paliativă, bolnavul este cel mai important, drept pentru care nicio decizie medicală nu se ia fără consimțământul său și numai după ce a fost informat cu privire la tot ceea ce presupune decizia respectivă. Dar, important de știut este faptul că îngrijirea paliativă poate fi acordată în paralel cu celelalte tratamente cu rol activ recomandate de către medicul specialist (ex.: oncolog, hematolog, radioterapeut, neurolog, psihiatru etc.)

Ce înseamnă de fapt îngrijiri paliative? Termenul se referă la îngrijirea persoanelor cu boli în stadiu avansat și prognostic limitat. Îngrijirile paliative au scopul de a controla, atenua simptomele, suferința, acceptând însă faptul că boala nu mai poate fi vindecată. Ele au ca țintă atât pacientul cât și cei din jurul lui, scopul principal fiind obținerea unei calități cât mai bune a vieții pentru timpul cât a mai rămas.

Îngrijirile paliative înseamnă mereu o abordare holistică, foarte completă și complexă, care nu se referă niciodată doar la terapia propriu-zisă a problemelor de ordin fizic. Pe lângă tratament și îngrijirea zilnică, mulți alți profesioniști pot contribui pentru o terapie corectă. Evident, asta include managementul durerii, alimentația corectă și administrarea unor intervenții de tip farmacologic sau non-farmacologic personalizate acelui pacient. Atenuarea problemelor respiratorii, grețurilor, vărsăturilor, anxietății și ale altor simptome sau probleme fizice sunt foarte importante.

La fel de importante sunt, pe de altă parte, sprijinul emoțional, suportul spiritual, aspectele psihologice și sociale, consilierea, pregătirea celor din jur pentru o pierdere ireparabilă, și multe alte intervenții care întregesc această abordare holistică. Măsurile de ușurare a suferinței sunt, istoric vorbind, cea mai veche formă de terapie, pentru mult timp chiar unica terapie posibilă. Dezvoltarea rețelelor de hospice-uri sau altor unități cu paturi de paliație (secții sau compartimente în cadrul unor spitale) începând cu anii 60 au atras atenția asupra nevoii de tratament specializat pentru pacienții aflați în faze avansate de boală sau în stare terminală. Rezultatul a fost că pacienții primesc acum atât tratament medical clasic adresat bolii de bază, în același timp cu îngrijirile de tip paliativ.

Pe lângă îngrijirile medicale clasice, ne dorim să vă susținem în toate aspectele importante, să fim alături de pacient în momentele dificile. Cu ajutorul îngrijirilor paliative, ultima parte a vieții poate deveni un moment special, prin care pacienții pot trece cu demnitate și conștiința împăcată. Îngrijirile paliative își propun ca ultima parte a vieții pacientului să fie una de calitate. Chiar dacă evoluția bolii nu mai poate fi oprită, încă se mai pot face multe pentru bolnav, se schimbă obiectivul îngrijirii.

Nu se mai poate lupta cu boala, dar se poate încă asigura cea mai buna îngrijire posibilă pacientului („best supportive care"). Această schimbare de abordare acceptă faptul că decesul este previzibil și inevitabil. În acest fel, partea rămasă din viață capătă un nou înțeles, mai multă calitate și adesea noi semnificații. Tratamentul medical al durerii și al altor suferințe produse de boală și îngrijirea zilnică rămân elementele centrale ale terapiei. La ele se adaugă o îngrijire specifică (personalizată) fiecărui pacient și persoanelor din jurul lui.

Scopul final este ca bolnavul să-și poată petrece ultima parte a vieții într-o atmosferă care să răspundă perfect nevoilor sale specifice. În acest scop, este nevoie de cooperare inter-disciplinară și multi-profesională. Îngrijirile paliative nu înseamnă "nu se mai poate face nimic" și nu se referă doar la îngrijirea în ultimele momente (starea terminală). Pentru obținerea celor mai bune rezultate este important ca îngrijirea paliativă să înceapă cât mai precoce, chiar odată cu diagnosticul bolii cronice limitatoare de viață, intervențiile specifice paliației putând fi efectuate în paralel cu celelalte forme de tratament activ (chirurgical, chimioterapie, radioterapie, hormonoterapie etc.). Îngrijirea paliativă este poate cel mai elocvent exemplu de medicină personalizată: se vor alege cele mai utile și necesare măsuri pentru fiecare situație în parte, adaptate contextului bolii și preferințelor pacientului. Toate aceste lucruri se pot efectua doar de către o echipă interdisciplinară formată din diferiți profesioniști ale căror intervenții sunt centrate pe pacient: medic, asistent medical, infirmier, psiholog, preot, asistent social, kinetoterapeut, nutriționist-dietetician etc. Îngrijirea paliativă reprezintă practic un exemplu de abordare centrată pe nevoile pacientului, încearcă să valorizeze resursele fizice și psiho-emoționale sau spirituale pe care acesta le are fiind, poate, unul dintre cele mai bune exemple de medicină personalizată.

Este nevoie de multă empatie și o foarte bună comunicare pentru a face alegerile corecte pentru susținerea bolnavului în momentele inevitabile de înrăutățire a bolii, de apariție a anxietății, sau a depresiei. Este necesară apropierea de pacient și familia acestuia pentru a putea avea o discuție sinceră, deschisă, despre toate aceste aspecte. Dacă pot fi evitate crizele, se pot evita astfel și multe internări sau prezentări nedorite la spital și mai ales în unitățile de primire urgențe. Pe lângă alinarea sentimentelor de neajutorare, îngrijirile paliative se adresează nevoilor specifice ale fiecărui bolnav în parte. Nu ne propunem să ascundem gravitatea situației și evident nici să o minimizăm în vreun fel, ci să avem un parteneriat onest cu pacientul, să îl informăm corect și complet (desigur, în măsura în care și el dorește să știe toate detaliile legate de diagnostic și prognostic), să rămânem întotdeauna aliatul lui pentru a îl ajuta să depășească toate situațiile de criză și mai ales să își mențină speranța.

Paliația de calitate se bazează pe trei piloni: atitudinea corespunzătoare, mulți ani de experiență și cunoștințe de specialitate vaste. Scopul principal al tuturor eforturilor este persoana bolnavă și familia din jurul ei. Îngrijirile paliative nu pot înlătura toată suferința, dar pot îmbunătăți în mod substanțial calitatea vieții bolnavului. De cele mai multe ori reușim toate aceste lucruri spre beneficiul pacientului, dar și pentru familia lui care păstrează pentru mult timp sau chiar pentru totdeauna în memorie amintirea marii treceri a celor dragi lor."

Terapie pentru cancer cu rezultate promițătoare pentru astm

Astmul, cea mai răspândită boală respiratorie, afectează aproximativ 300 de milioane de persoane și provoacă aproape 500.000 de decese anual, potrivit estimărilor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS). Inovatorii din domeniul farmaceutic avansează în dezvoltarea unei terapii cu acțiune prelungită, concepută pentru a oferi pacienților o ameliorare durabilă a simptomelor printr-o singură administrare de medicamente.

O echipă de oameni de știință chinezi a dezvoltat o terapie promițătoare folosind celule imune modificate genetic, care a demonstrat că induce o remisie de lungă durată a astmului în testele preclinice, în urma unei singure injecții.

Studiul publicat în revista Nature Immunology a raportat rezultatul încurajator al unui experiment pe animale, în care o singură perfuzie de celule imune modificate genetic la șoareci a dus la reprimarea susținută a inflamației pulmonare și la ameliorarea simptomelor astmatice, fără niciun regim de condiționare.

Pacienților supuși unui transplant de celule li se administrează de obicei înainte de infuzia propriu-zisă un tratament de condiționare, care poate fi chimioterapie, radioterapie, terapie cu anticorpi monoclonali, sau alte tratamente care pregătesc organismul pentru transplantul de celule modificate genetic.

Cercetătorii de la Universitatea Tsinghua au modificat celulele T cu receptor de antigen chimeric (CAR-T) pentru a ținti și eradica eozinofilele, un tip de globule albe care joacă un rol important la pacienții cu astm.

Terapia CAR-T a fost deja utilizată în tratamentul cancerului.

Aceasta presupune recoltarea de celule imunitare, numite celule T, din sângele unui pacient care sunt apoi modificate genetic în laborator pentru a produce pe suprafața lor structuri speciale numite receptori antigenici chimeri (CAR).

Celulele T modificate sunt apoi reinfuzate pacientului, unde noii receptori ai celulelor le permit să recunoască și să se agațe de celulele canceroase pentru a le neutraliza.

În noul studiu, celulele modificate au demonstrat o funcționalitate susținută timp de cel puțin un an și au indicat că pot, de asemenea, să prevină inflamația căilor respiratorii.

Datele recentului studiu sugerează că s-ar putea obține o remisie pe termen lung și în cazul astmului cu o singură doză de celule CAR T cu durată de viață lungă, însă această potențială terapie necesită în continuare studii clinice suplimentare pentru a-i testa siguranța și eficacitatea la pacienții umani, au declarat cercetătorii.

Splina ruptă nu necesită întotdeauna îndepărtarea ei

***Marius Lungu, Suceava**: "Fiica mea are 12 ani și a căzut dintr-un cireș. În cădere, s-a lovit destul de tare, pe partea stângă, de scara pusă ca să poată urca în copac. A ajuns în spital cu observație de splină ruptă. Medicul care o îngrijește a spus că nu o operează încă, urmând să o țină sub observație. Am citit pe internet că o ruptură de splină poate produce hemoragie și poate avea urmări foarte grave. Nu știm cum să procedăm".*

***Prof. Univ. Dr. Eugen Târcoveanu, medic primar chirurg, Clinica I Chirurgie, Spitalul Clinic de Urgențe "Sf. Spiridon", Iași**: "*Ruptura posttraumatică a splinei reprezintă o urgență chirurgicală, deoarece poate provoca o hemoragie intraperitoneală importantă care poate pune în pericol viața persoanei respective.

Splina este localizată în hipocondrul stâng al abdomenului, sub coaste, un loc predispus la traumatisme. Ruptura splinei poate fi provocată de traumatisme puternice, cum este și cel menționat de dumneavoastră, accident rutier, accidente sportive sau accidente petrecute la sănius, de exemplu. Practic, o lovitură în abdomen, primită cu suficientă forță, poate duce la ruptura splinei. Splina se poate rupe și în cazul politraumatismelor cu predominență abdominală.

În trecut, o astfel de situație era rezolvată prin îndepărtarea chirurgicală de urgență a splinei. Astăzi, dacă bolnavul este stabil hemodinamic, nu are anemie, se încearcă temporizarea intervenției chirurgicale, iar atunci când vorbim doar de leziuni mici de grad I sau uneori II, pacientul, internat într-o clinică chirurgicală, este ținut sub observație clinică și imagistică (ecografie, computer tomografie) câteva zile. Există însă pericolul ca un hematom subcapsular să se rupă în doi timpi și să provoace o hemoragie severă intra peritoneală, de aceea bolnavul este monitorizat de chirurg până la 2 săptămâni.

Contuziile splinei au 5 grade de leziuni de la hematoame mici subcapsulare, rupturi capsulare sub 1 cm nehemoragice (grad I) până la explozii ale splinei (gradul V)

Este important să se încerce salvarea splinei, mai ales la tineri, deoarece aceasta ajută ca organismul să lupte împotriva infecțiilor și filtrează sângele curățându-l de celulele sanguine bătrâne sau distruse. De asemenea, splina produce hematii și un anumit tip de globule albe.

Ruptura splinei poate determina revărsarea unei cantități mari de sânge în cavitatea abdominală. Durerea în hipocondrul stâng cu iradiere în umărul stâng și sensibilitatea abdominală sunt simptome clasice ale rupturii splinei. Dacă sângerarea internă determină scăderea tensiunii arteriale și tahicardie, pacientului îi este foarte tare sete, poate deveni confuz, are privirea încețoșată și poate chiar leșina..

Așa cum am mai precizat, ruptura splinei reprezintă o urgență chirurgicală. Dacă pacientul prezintă dureri în partea stangă a abdomenului superior care pot iradia în umărul stâng sau semne și simptome ale hemoragiei interne: hipotensiune arterială, tahicardie, sete, stare confuză, lipotimie (leșin), semne care apar după un traumatism toraco-abdominal, se recomandă să solicite imediat ajutor medical de urgență.

În mod tipic, ruptura splinei este determinată de o lovitură în partea stangă a abdomenului superior sau în partea stângă a toracelui inferior. Și, într-adevăr, accidentele rutiere, alături de cele sportive, sunt cei mai frecvenți factori.

De asemenea, o splină patologică, mărită de volum - (boli de sânge, ciroză etc.) se rupe mai ușor după un traumatism abdominal.

Chiar dacă se discută despre un tratament conservator (nonoperator) este foarte important ca pacientul aflat în această situație să ajungă urgent la medicul chirurg, pentru că ruptura splinei poate detemina o sângerare în cavitatea abdominală care îi poate pune viața în pericol.

Decizia de tratament conservator o ia numai chirurgul în echipă multidisciplinară. Tratament conservator nu înseamnă că bolnavul stă acasă cu speranța că se vindecă de ruptură de splină, pentru că poate muri.

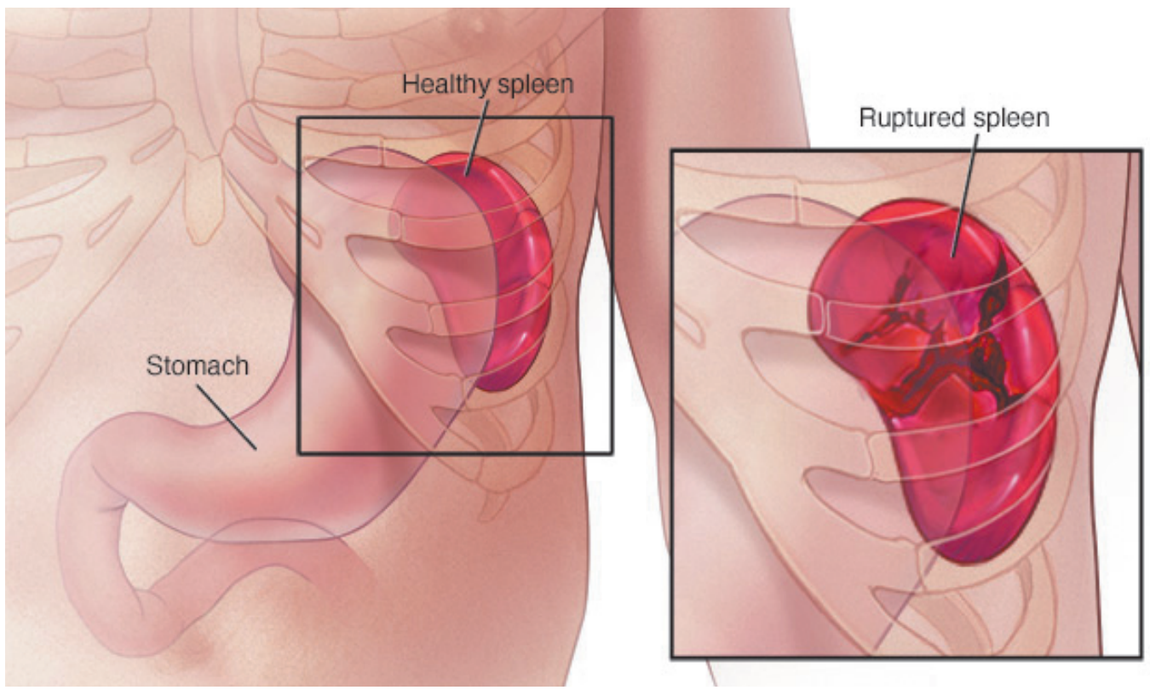
În situațiile critice, la un bolnav instabil, examenul clinic, hemograma, ecografia abdominală făcută la pat, puncția abdominală sunt importante pentru diagnostic și datele obținute impun intervenția chirurgicală de urgență, singura care poate salva viața. În alte cazuri, atunci când este timp, examenele de laborator, ecografia abdominală, computer tomografia sunt cele care pun diagnosticul și stabilesc gradul de lezare a splinei.

Din fericire, multe leziuni mici (fisuri capsulare, hematoame mici) ale splinei se pot vindeca fără intervenție chirurgicală. Pacientul va sta în spital până la o săptămână, timp în care medicii observă cu atenție starea sa generală și, dacă este necesar, i se dă un tratament simptomatic. Însă, dacă leziunea este severă, splina este îndepărtată chirurgical, operația fiind denumită splenectomie.

În cazul hemoragiilor severe trebuie intervenit clasic. Dacă pacientul a pierdut o cantitate mare de sânge este nevoie și de transfuzii de sânge.

Pacienții fără splină pot avea o viață activă și relativ normală, dar trebuie să fie foarte atenți ca să nu contacteze infecții severe care le pot pune viața în pericol. Dacă splina este îndepărtată, medicul va recomanda vaccinarea antipneumococică și antimeningococică dar și vaccinarea anuală antigripală, care îl pot pot proteja de o parte dintre aceste posibile infecții.

Bolnavii splenectomizați trebuie să se prezinte la medic periodic. Dacă pacientul prezintă și alte afecțiuni și are semne de infecție se recomandă să anunțe medicul de la primele semne". ●



Biomarker pentru diagnosticarea bolii Alzheimer în stadii asimptomatice

Identificarea unor biomarkeri stabili și ușor detectabili în biofluide, cum ar fi microARN-urile, oferă speranțe pentru diagnosticarea maladiei Alzheimer în stadiile timpurii și asimptomatice ale bolii. Detectarea timpurie ar putea îmbunătăți semnificativ diagnosticarea și tratamentul acestei boli, care afectează, potrivit statisticilor, peste 35 de milioane de persoane din întreaga lume.

Acum, un studiu a identificat un nou biomarker pentru diagnosticarea maladiei Alzheimer în stadii asimptomatice ale bolii.

Acesta este o moleculă care este direct legată de expresia proteinei prionice celulare care se găsește pe suprafața celulelor nervoase.

Molecula este miR-519a-3p, un microARN legat direct de expresia proteinei prionice celulare (PrPC), care este dereglată la persoanele care suferă de unele boli neurodegenerative, cum este și maladia Alzheimer.

Studiul, condus de grupul de Neurobiotehnologie Moleculară și Celulară de la Institutul de Bioinginerie din Catalunia (IBEC) și de la Universitatea din Barcelona, membri ai Centrului de Cercetare Biomedicală în Rețea pentru Boli Neurodegenerative (CIBERNED), a fost publicat în revista Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease.

Prima legătură între miR-519a-3p și PrPC în maladia Alzheimer

Se știe că expresia unor microARN-uri este dereglată la pacienții cu Alzheimer. Cu toate acestea, este pentru prima dată când acest microARN a fost legat în mod specific de scăderea producției celulare de proteină prionică în timpul evoluției bolii.

„În prezent, testele de diagnosticare a bolii Alzheimer sunt efectuate de obicei după apariția simptomelor, când există deja o deteriorare cognitivă subiacentă. Credem că detectarea acestui microARN ar putea ajuta la stabilirea unor criterii suplimentare pentru un diagnostic mai precis în stadiile incipiente ale bolii", explică cercetătorul principal al IBEC, José Antonio del Río, profesor titular la Facultatea de Biologie și la Institutul de Neuroștiințe al Universității din Barcelona (UB) și unul dintre conducătorii studiului.

De asemenea, studiul analizează comparativ prezența biomarkerului în eșantioane din alte boli neurodegenerative.

„Dacă obiectivul nostru este de a utiliza miR-519a-3p ca biomarker pentru a detecta demența Alzheimer la persoane ipotetic sănătoase, este esențial să ne asigurăm că nivelurile sale nu sunt modificate în alte boli neurodegenerative", a declarat **Rosalina Gavín**, cercetător principal la IBEC, profesor asociat la UB care a condus studiul.

În recentul studiu echipa de cercetători spanioli a comparat nivelurile acestui biomarker în eșantioane din alte maladii și din boala Parkinson, confirmând că modificările miR-519a-3p sunt specifice bolii Alzheimer.

MicroARN-urile, dezactivează genele

Cantitatea de proteină prion celulară se modifică pe parcursul bolii Alzheimer, cu niveluri mai ridicate în stadiile incipiente ale bolii și niveluri mai scăzute pe măsură ce boala avansează.

Deși mecanismul responsabil pentru aceste modificări nu este cunoscut în detaliu, s-a observat că anumite microARN-uri se leagă de o regiune specifică a genei PRNP care controlează expresia PrPC, reducând-o "la tăcere".

Din acest motiv, și pe baza comparațiilor cu studii anterioare și a analizelor computaționale din diverse baze de date genomice, cercetătorii au selectat microARN-ul miR-519a-3p pentru studiul lor.

Dayaneth Jácome, cercetător în grupul lui del Río și primul autor al studiului, spune că echipa face progrese.

Următorul pas este validarea miR-519a-3p ca biomarker în probe de sânge de la diferite cohorte de pacienți, pentru ca acesta să poată începe să fie folosit în diagnosticarea clinică a bolii Alzheimer în analizele pe bază de frotiul de sânge periferic.

Studiul, condus de IBEC, ar putea facilita detectarea timpurie a maladiei Alzheimer în stadii asimptomatice în probele de sânge, favorizând diagnosticarea și tratamentul bolii. ●

Aplicație mobilă eficientă în renunțarea la fumat

O nouă aplicație mobilă, dezvoltată sub conducerea cercetătorilor de la Universitatea din Oulu, s-a dovedit a fi un ajutor eficient pentru fumătorii de lungă durată care încearcă să renunțe. Un studiu realizat la Spitalul Universitar Oulu a constatat că utilizarea aplicației a triplat rata de succes a renunțării la fumat în comparație cu utilizarea materialelor scrise.

Studiul, care a apărut în The Lancet Regional Health - Europe, a implicat 201 fumători care au participat la screeningul cancerului pulmonar ca parte a primului studiu pilot din Finlanda privind screeningul CT pentru cancerul pulmonar, care a început la Oulu în noiembrie 2022. S-a demonstrat că screeningul CT pentru cancerul pulmonar reduce atât cancerul pulmonar, cât și mortalitatea generală la fumători, oferind în același timp un moment oportun pentru intervențiile de renunțare la fumat.

Toți participanții au avut un istoric lung și intens de fumat (≥15 țigări pe zi, timp de cel puțin 25 de ani sau ≥10 țigări pe zi, timp de cel puțin 30 de ani). Participanții au fost randomizați în două grupuri: grupul de studiu, care a folosit aplicația mobilă și grupul de control, care a primit materiale scrise pentru încetare, în conformitate cu Ghidurile naționale de îngrijire curentă.

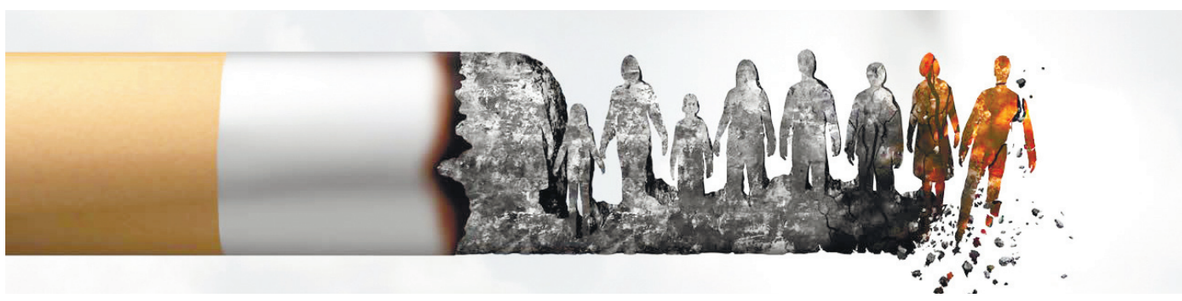
După o urmărire de trei luni, 20% dintre cei care au folosit aplicația s-au lăsat de fumat, comparativ cu 7% din grupul care a primit materiale scrise. Acest rezultat a fost reținut la sfârșitul perioadei de urmărire de șase luni.

Rezultatele indică faptul că utilizarea activă a aplicației a îmbunătățit semnificativ șansele de a renunța la fumat. Chiar și printre cei care nu s-au lăsat complet de fumat, o parte mai mare a utilizatorilor de aplicații mobile și-au redus semnificativ fumatul în comparație cu grupul de control.

Aplicația mobilă dezvoltată de cercetători se bazează pe terapia cognitiv-comportamentală. Acesta urmărește creșterea gradului de conștientizare a comportamentelor care deteriorează sănătatea și sprijinirea rolului activ al individului în reglarea comportamentului său. Caracteristicile includ sondaje săptămânale despre simptome, exerciții de conștientizare și o persoană virtuală de sprijin. Aplicația este disponibilă în prezent doar în scopuri de cercetare.

Se pare că acest studiu recent publicat este primul studiu clinic randomizat din lume care demonstrează eficacitatea unei aplicații mobile pentru renunțarea la fumat în combinație cu screening-ul CT pentru cancerul pulmonar. Potrivit cercetătorilor, aplicația poate fi integrată cu ușurință în procesul de screening al cancerului pulmonar.

În studii ulterioare, cercetătorii se vor concentra pe investigarea eficacității aplicației mobile în afara contextului screening-ului cancerului pulmonar și în combinație cu alte metode de renunțare la fumat. ●



Posibile asocieri între tatuaje și cancerul limfatic

Cunoștințele existente cu privire la efectele pe termen lung ale tatuajelor asupra sănătății sunt în prezent puțin știute și nu există prea multe cercetări în acest domeniu. Acum însă, un grup de oameni de știință suedezi a investigat asocierea dintre tatuaje și cancerul limfatic.

Noul studiu, publicat recent online în eClinicalMedicine, al The Lancet, sugerează că tatuajele ar putea fi un factor de risc pentru cancerul sistemului limfatic (limfom).

Cu toate acestea, cercetătorii subliniază că este nevoie de mai multe cercetări pe această temă.

„Am identificat persoanele diagnosticate cu limfom prin intermediul registrelor populației. Aceste persoane au fost apoi comparate cu un grup de control de același sex și vârstă, dar fără limfom. Participanții la studiu au răspuns la un chestionar despre factorii legați de stilul de viață pentru a determina dacă aveau sau nu tatuaje", explică **Christel Nielsen**, cercetătoare la Universitatea Lund, care a condus studiul.

În total, întregul studiu a inclus 11.905 persoane. Dintre acestea, 2.938 de persoane între 20 și 60 de ani au avut limfom.

Un număr de 1.398 de persoane au răspuns la chestionar, în timp ce numărul participanților din grupul de control a fost de 4.193. În grupul cu limfom, 21% erau tatuați (289 de persoane), în timp ce 18% erau tatuați în grupul de control fără diagnostic de limfom (735 de persoane).

„După ce am luat în considerare alți factori relevanți, cum ar fi fumatul și vârsta, am constatat că riscul de a dezvolta limfom a fost cu 21% mai mare în rândul celor care erau tatuați. Este important de reținut că limfomul este o boală rară și că rezultatele noastre se aplică la nivel de grup. Rezultatele trebuie acum să fie verificate și investigate în continuare în alte studii, iar astfel de cercetări sunt în curs de desfășurare", au precizat autorii studiului.

O ipoteză pe care grupul de cercetare al laboratorului Lund a avut-o înainte de studiu a fost aceea că dimensiunea tatuajului ar afecta riscul de limfom.

Cercetătorii s-au gândit că un tatuaj pe tot corpul ar putea fi asociat cu un risc mai mare de cancer în comparație cu un tatuaj mai mic,. În mod neașteptat, studiul a dezvăluit că zona suprafeței corporale tatuate nu a contat.

„Nu știm încă de ce s-a întâmplat acest lucru. Se poate doar specula că un tatuaj, indiferent de mărime, declanșează o inflamație de grad scăzut în organism, care, la rândul său, poate declanșa cancerul. Imaginea este, așadar, mai complexă decât am crezut inițial", au precizat cercetătorii

Majoritatea persoanelor își fac primul tatuaj la o vârstă fragedă, ceea ce înseamnă că sunt expuse la cerneala de tatuaj pentru o mare parte din viață. Chiar și așa, cercetările demonstrează doar o mică parte din potențialele efecte pe termen lung ale tatuajelor asupra sănătății.

„Știm deja că, atunci când cerneala de tatuaj este injectată în piele, organismul interpretează acest lucru ca pe ceva străin care nu ar trebui să fie acolo, iar sistemul imunitar este activat. O mare parte din cerneală este transportată departe de piele, către ganglionii limfatici, unde se depune", explică Nielsen.

Grupul de cercetare va continua acum cu studii pentru a vedea dacă există vreo asociere între tatuaje și alte tipuri de cancer.

De asemenea, ei își propun să efectueze cercetări suplimentare cu privire la alte boli inflamatorii pentru a vedea dacă există o legătură cu tatuajele.

„Probabil că oamenii vor dori să continue să își exprime identitatea prin tatuaje și, prin urmare, este foarte important ca noi, ca societate, să ne putem asigura că acestea sunt sigure. Pentru individ, este bine de știut că tatuajele îți pot afecta sănătatea și că ar trebui să te adresezi furnizorului de servicii medicale dacă te confrunți cu simptome despre care crezi că ar putea fi legate de tatuajul tău", concluzionează autorii acestui studiu. ●

Pagini realizate de Mihaela CĂNĂNĂU

Raid prin bucătăriile spitalelor din Iași

S-a dublat indemnizația de hrană: cum se simte în farfuria pacienților?

Anca POPA

Cu câțiva ani în urmă, una dintre principalele probleme din spitale era mâncarea. Aceasta era cunoscută atât de pacienți, cât și de cadrele medicale, care recunoșteau că mâncarea era de proastă calitate, adesea insuficientă. În memoria colectivă au rămas imagini cu pâinea cu margarină și gem servită la micul dejun, ciorba, varza sau orezul cu o textură cleioasă, servite la prânz, și macaroanele cu brânză sau pastele cu sos oferite la cină. Între timp, indemnizația de hrană s-a dublat. Cum se simte asta în farfuria pacientului?

Până de curând, în spitalele ieșene mâncarea era puțină, aproape deloc diversificată și deloc apetisantă. Zi de zi, meniurile se încadrau în suma de 11 lei, insuficientă pentru a acoperi costul meselor pentru întreaga zi. De anul trecut, indemnizația de hrană pentru fiecare pacient s-a dublat, crescând suma primită de spitale pentru mâncare. Astfel, de la 11 lei pe zi, acum un pacient beneficiază de 22 de lei pe zi pentru hrană, iar în funcție de patologie suma poate ajunge până la 33 de lei. Tot mai multe spitale au început să apeleze la servicii de catering, în timp ce altele au păstrat bucătăriile proprii. Cert este că, datorită sumei mai mari alocate fiecărui pacient, mâncarea din spitale este acum mult mai bună.

Spitalul „Cuza Vodă" are cele mai performante utilaje pentru prepararea mâncării

La Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Cuza Vodă" din Iași, costul zilnic al meniului pentru fiecare pacient este de 32 de lei. Personalul spitalului afirmă că în ultimii cinci ani calitatea mâncării a fost superioară față de alte spitale, însă acum aproximativ un an s-a decis să crească alocația pentru mâncare cu 10 lei pe zi pentru fiecare pacient. Înainte de această modificare, meniurile erau mai sărace în ceea ce privește porțiile. De exemplu, cantitatea de carne oferită acum este de 50 g, în timp ce în trecut era doar 20 g. O friptură de porc care acum este de 250-300 g era de aproximativ 150 g înainte, ceea ce reprezintă aproape jumătate din cantitatea actuală.

Pacienții spitalului laudă mâncarea, mai ales că, fiind vorba de cele mai multe ori de pacienți sănătoși care părăsesc spitalul la fel de sănătoși, au avantajul ca mâncare să nu fie lipsită de sare și de diversitate. Săptămânal, o firmă din Iași aduce produse proaspete care sunt gătite în bucătăria din cadrul spitalului. Personalul de la bucătărie este ajutat în mare măsură de utilaje performante care fac diferența atunci când vine vorba de calitatea mâncării, dar și de timpul scurt în care aceasta se prepară. În plus, spitalul este dotat cu un dumbwaiter, un dispozitiv mecanizat utilizat pentru transportul vertical al alimentelor și băuturilor între etajele clădirii. Acest lucru asigură că mâncarea ajunge rapid la pacienți.

„Avem în dotare niște cuptoare performante care ne ajută considerabil în muncă. De exemplu, unul dintre cuptoare poate găti 150 de porții în doar 15 minute. Aceste condiții sunt foarte favorabile pentru noi. Cred că multe restaurante din Iași nu sunt echipate cu astfel de facilități, dar investițiile continuă să crească pentru a îmbunătăți calitatea preparatelor. Îmi place să mă duc printre paciente, să le întreb personal cum a fost mâncarea și să mă asigur că toată lumea este mulțumită. În ceea ce privește meniurile, am observat o diferență semnificativă în ultimii ani, mai ales în ceea ce privește micul dejun. Acum, dimineața servim ceai, iaurt, plăcintă, brânză topită, și uneori chiar cașcaval și șuncă, în timp ce acum trei sau patru ani erau disponibile doar jumătate din aceste opțiuni", a declarat **Horia Ioan**, coordonatorul bucătăriei Spitalului „Cuza Vodă".

Exemplu de meniu zilnic - Micul dejun al pacienților poate conține ceai, pâine, unt, șuncă, gem, telemea, brânză topită, pate și gogoși. La prânz, aceștia pot mânca ciorbă de pui (aripi) cu smântână, fasole verde cu carne de porc și biscuiți, iar la cină pot fi serviți cu friptură de pulpe de pui cu salată orientală, rasol de pui cu cartofi și budincă de paste cu telemea.

La Recuperare pacienții spun că nu mai au nevoie de pachete de acasă

Spitalul Clinic de Recuperare Iași și-a păstrat bucătăria proprie. Cu câțiva ani în urmă, mâncarea era de aceeași proastă calitate ca în alte spitale. Însă, conform pacienților care au fost internați de mai multe ori aici, mâncarea este acum foarte bună, diversificată și de calitate superioară. Aceștia nu mai sunt nevoiți să primească pachete de acasă și laudă serviciile spitalului. De asemenea, **Dana Mihai**, directorul de îngrijiri al Spitalului Clinic de Recuperare, susține că pe lângă mâncarea mult mai bună spitalul oferă posibilitatea respectării postului și regimurilor alimentare specifice diferitelor religii, precum cel pentru persoanele musulmane, sau dietele vegetariene, la cererea pacienților.

„Încercăm să acoperim toate tipurile de regimuri alimentare în funcție de patologia pacienților. Marea majoritate suferă de afecțiuni reumatologice sau cardiace, și astfel, trebuie să respecte regimul desodat. Avem și meniu pentru cei mici, pentru care, bineînțeles, calculăm caloriile și toate elementele care țin de un astfel de meniu. Acoperim suma și într-adevăr este o diferență majoră de când s-a trecut la noua sumă alocată pentru rația zilnică a pacienților", a declarat directorul de îngrijiri.

Spitalul „Cuza Vodă"

Dana Mihai mai afirmă că spitalul are un asistent dietetician și un nutriționist care se ocupă de stabilirea meniurilor și calcularea caloriilor, încercând să combine alimentele astfel încât să ofere o diversificare și să evite monotonia în alimentația pacienților. În bucătărie, câte doi bucătari lucrează pe tură, alături de muncitorii responsabili de curățat, tăiat, spălat și curățenie. Aprovizionarea se face regulat, prin contracte cu firme din zona Iașului, pentru a asigura un transport scurt și sigur al alimentelor. Bucătăria este situată în aceeași clădire cu spitalul, ceea ce permite ca mâncarea să ajungă imediat în secții, fără a necesita un transport special.

„Din cauza afecțiunii, unii au restricții de sare. Poate asta uneori ar putea să determine plângeri din partea lor, pentru că nu are gust, în sensul că nu are sare. Noi suntem obișnuiți cu asta, iar colegii mei discută cu ei. Le explică de ce e ăsta regimul impus, le oferă informații despre boală și medicația pe care o iau pe perioada spitalizării. În rest, chiar n-am avut plângeri. În schimb au fost pacienți care au lăsat scrisori de mulțumire în care au apreciat și mâncarea", a declarat Dana Mihai.

Exemplu de meniu zilnic - În cadrul Spitalului de Recuperare, un exemplu de meniu care se potrivește pe mai multe tipuri de regimuri alimentare poate conține dimineață 300 ml de ceai de plante de 300 gr de pâine fără sare, 20 g de unt, 50 gr de piept de curcan, 60 gr de urdă și o porție de pate de ficat. La ora 9:30, pacienții vor primi un supliment care constă în 50 de gr de cașcaval, napolitane, iaurt sau brânză de vaci. La prânz, pacienții pot primi 350 ml de ciorbă de văcuță, 250 gr de brânză cu smântână, 90 gr de mămăliguță și o pulpă superioară de pui la cuptor. La ora 16 pacienții primesc un supliment alimentar care poate să fie 50 g de șuncă Praga, iaurt sau 300 de gr de lapte cu griș. Seara, cei mai mulți dintre pacienți pot primi 350 gr de ghiveci de legume cu piept de pui și 350 ml de ceai de plante.

IRO nu a avut niciodată bucătărie

Deși există diferențe majore între mâncarea preparată în bucătăriile proprii ale spitalelor și cea furnizată prin servicii de catering, tot mai multe spitale optează pentru această soluție. Institutul Regional de Oncologie din Iași este un exemplu în acest sens, deoarece nu a avut niciodată bucătărie proprie și a fost necesar să apeleze la un serviciu de catering. Cu toate acestea, pacienții sunt în mare parte mulțumiți, iar regimurile alimentare speciale sunt respectate pentru fiecare pacient.

„În toate chestionarele de satisfacție a pacienților, o parte din aceștia și-au exprimat nemulțumirea referitoroare la aspectul și gustul mâncări. Pacienții noștri mai sensibili decât alți pacienți și au niște regimuri dietetice. E adevărat că masa servită de ei nu este tocmai foarte aspectuoasă și nu întotdeauna este piperată sau sărată și cred că s-ar putea face mai mult. În prezent facem eforturi pentru a avea un bloc alimentar propriu, însă, până atunci, ne folosim de serviciul de catering. Cu toate că nu se poate compara cu o bucătărie proprie, de când s-a dublat suma, într-adevăr, există diferențe", a declarat **Mirela Grosu**, managerul Institutului Regional de Oncologie din Iași.

La IRO regimurile alimentare sunt adaptate în funcție de necesitățile și reacțiile individuale ale pacienților, mai ales pentru cei care suferă de efecte adverse ale chimioterapiei. Un exemplu de meniu poate include dimineața unt, biscuiți, gem, ou fiert, iaurt, brânză de vaci, omletă sau telemea. La prânz, meniul poate cuprinde ciorbă de pui, ciorbă de legume, ciorbă de zarzavat, și chiftele cu piure. La felul doi, pacienții pot mânca orez cu cartofi, pulpe de pui la grătar, salată de varză, iar ca desert, măr copt sau măr proaspăt. Seara, se poate servi lapte cu orez, salată orientală sau macaroane cu brânză.

„Într-adevăr, de anul trecut mâncarea chiar s-a îmbunătățit, dar este loc de mai bine. În fiecare zi meniurile sunt diferite, cel puțin la regimurile comune, dar sunt și meniuri care sunt aproximativ la fel pentru anumite patologii mai grave. Acum câțiva ani se mânca prost în spitale, dar de când s-a dublat bugetul se poate observa o diferență semnificativă. În prezent comunicăm cu firma de catering, în special atunci când pacienții semnalează anumite probleme, și încercăm să găsim cea mai bună soluție. Este dificil să mulțumești un număr atât de mare de oameni, dar eliminăm din meniu ceea ce pacienții semnalează negativ. Există situații în care pacienții doresc mai multă mâncare și situații în care nu se ating de ea. Este foarte greu să-i mulțumim pe toți, dar ne ocupăm constant de nemulțumirile frecvente pentru a îmbunătăți serviciul, iar față de acum câțiva ani, pot spune că mâncare e mult mai bună", a declarat **Manuel-Constantin Mihai**, nutriționist și dietetician la IRO.

La Spitalul de Copii se ține în frigider o mostră de mâncare timp de 48 de ore

La Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria" din Iași a existat un bloc alimentar, care va fi reintrodus în curând. Până atunci, spitalul colaborează cu o firmă de catering. Meniul pacientului este stabilit de o comisie formată din medici și asistenți medicali, adaptat diverselor patologii. Astfel, pacienții cu boală celiacă, renală, oncologică sau cei cu arsuri beneficiază de meniuri speciale. De asemenea, se ia în considerare calculul caloric pe grupe de vârstă. Meniul include trei mese principale și două gustări, iar pentru pacienții diabetici sunt prevăzute trei gustări. Regimul alimentar se stabilește săptămânal și variază zilnic. Costurile sunt reglementate legislativ, fiind de 22 lei pe zi pentru un regim obișnuit și 33 lei pe zi pentru pacienții cu afecțiuni oncologice, diabetici sau cei cu arsuri.

„Noi avem contract cu o firmă care aduce alimente, iar meniurile se transmit firmei respective. Aceste alimente vin la noi în caserole care sunt sigilate. Zilnic, există o probă de alimente adusă de firmă pentru a se ține în frigider 48 de ore. În cazul în care apar reclamații sau probleme, proba respectivă poată fi analizată. Suplimentar, la nivelul spitalului, în zona de bucătărie există un registru în care se notează termenul de valabilitate pentru toate produsele care sunt deja preambalate, cum este untul, gemul sau iaurtul. Celelalte probe sunt analizate de personalul nostru de la bucătărie din punct de vedere organoleptic, adică gust și miros și se notează în fiecare zi la fiecare masă în registru pentru al doilea feedback. Există un registru și la nivelul secțiilor. Astfel că infirmiera care preia masa de la bucătărie și o duce copiilor pe secție, urmărește gustul, mirosul și aspectul mâncării. Dacă ceva nu este în regulă, notează în acel registru și bineînțeles anunță bucătăria și directorul de îngrijiri. În fiecare zi la toate aceste alimente firma cu care noi avem contract aduce certificat de calitate a alimentelor", a declarat **dr. Cătălina Ionescu**, medic primar pediatrie și purtător de cuvânt al Spitalului Clinic de Urgență „Sf. Maria" Iași.

Exemplu de meniu zilnic - În cadrul Spitalul, un exemplu de meniu normal poate conține dimineață 200 gr de pâine cu 200 ml de ceai, 20 gr de unt, gem porționat și un ou firt. Toate acestea fiind distribuite la ora 10. Prânzul este servit în jurul orei 13:00 și poate conține 400 de ml de borș de sfeclă, 250 gr de carofi, 150 gr de friptură de pui și o bucată de eugenie. Cina este servită la ora 16:00 și de multe ori poate conține budincă cu macaroane, 300 gr de brânză de vaci, 40 gr de biscuiți și 200 ml de ceai.

La Spitalul „Sf. Spiridon" din Iași se oferă și mâncare tradițională

La Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Spiridon" din Iași sunt disponibile mai multe regimuri alimentare precum regimul fără sare, unde se încadrează pacienții cardiaci, cu o alocație de 22 de lei pe zi. Pentru pacienții diabetici și cei cu arsuri, alocația este de 33 de lei pe zi. Restul pacienților au o alocație de 22 de lei pe zi. Se fac eforturi constante pentru a îmbunătăți meniurile servite. În trecut, micul dejun consta întotdeauna în ceai, pâine și unt, însă acum meniul a fost diversificat pentru a include brânză, ouă sau fructe. Asistentele mențin legătura cu pacienții și iau în considerare feedback-ul lor pentru a identifica dacă există probleme reale sau doar preferințe personale. La externare, pacienții au posibilitatea de a completa chestionare pentru a evalua calitatea mâncării.

„În fiecare lună elaborăm un necesar de alimente care este aprobat de manager, după care realizăm graficele de livrări pentru firmele furnizoare. De exemplu, lactatele sunt livrate luni, miercuri și vineri. Astfel, știm exact când și ce furnizează firmele către noi. La sfârșitul fiecărei zile, avem o listă de alimente care compun meniul pentru ziua următoare. De obicei, respectăm sumele stabilite, dar de sărbători încercăm să alocăm bugete mai mari și să includem meniuri tradiționale", a declarat Iuliana Hagimă, asistent dietetician.

Exemplu de meniu zilnic: în cadrul spitalului, într-o zi obișnuită, meniul fără sare poate cuprinde dimineața alimente precum ceai, pâine fără sare, o bucată de unt și un ou fiert care sunt servite la ora 8:00. La ora 12:00 se poate servi supă de legume cu tăiței și cartofi țărănești cu pulpe de pui la cuptor. Seara, la ora 18:00, se poate servi telemea de vaci fără sare, ficăței, mămăligă, lapte și corn.

Mâncarea în saloane, tot mai rară

Deși am plecat în documentare cu prejudecăți și cu un ochi pregătit să fie critic, realitatea ne-a surprins plăcut: pacienții sunt din ce în ce mai mulțumiți de mâncarea din spitale. Deși întotdeauna există loc pentru îmbunătățiri, livrarea pachetelor de mâncare direct în camerele pacienților a devenit tot mai rară. Toate spitalele permit pacienților să facă reclamații, iar cei responsabili de meniuri sunt receptivi la feedback și sugestii.

Spitalul Clinic de Recuperare

Institutul Regional de Oncologie

Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria"

Coordonator Ziarul de Sanatate - Cătălin Hopulele