

● De Sănătate

„Gâfâind“ în drum spre spital.
Ce este BPOC și cum trebuie
să evităm „spirală morții“

Bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) este afecțiunea care ne omoară, puțin câte puțin, lăsându-ne fără aer și dând foarte puține semne. O tuse mai accentuată dimineață, o ușoară reducere a capacității de efort, care se agravează cu trecerea timpului, niște episoade de oboseală. Pacienții ajung la medic gâfâind, la o exacerbare a bolii, iar riscul de deces în prima săptămână de internare este foarte mare. Iar capacitatea pulmonară pe care o pierdem s-ar putea să nu o mai putem recupera și să rămânem dependenți toată viața de oxigen. Deși fumătorii sunt principalii vizați de această afecțiune și oamenii din mediul rural, care au ars lemne ude sau biomasă toată viața și au stat în fumul respectiv, nu sunt ocoliți. Nici cei din marile orașe, puternic afectate de poluare, care inhalează particule de PM 2,5 și

PM 10 pe lângă noxele emise de mașini. Ziarul de Sănătate a participat în weekendul 12 – 14 iulie, la Cheile Grădiștei, la o reuniune a jurnaliștilor de sănătate pe acest subiect al „ucigașului tăcut“, organizată de Coaliția Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice din România (COPAC). BPOC e a treia cauză de deces din România, dar agravările sistemului respirator reprezintă comorbidități puternice pentru problemele cauzate de inimă, care simte nevoia să compenseze lipsa de oxigen printr-o funcționare la turaj maximă. Specialiști din întreaga țară au discutat cu jurnaliștii de sănătate pe acest subiect: unde suntem, ce putem face și ce trebuie să cerem de la Ministerul Sănătății pentru a putea lupta mai eficient împotriva bolii.

Paginile 4-5



din Sumar

● **ANALIZĂ | Punctul de 50 de ani: ce se întâmplă cu corpul nostru, ce analize trebuie să facem, care sunt primele semnale de alarmă:**

50 de ani reprezintă un reper când trebuie să fim atenți la o serie de semnale pe care ni le dă corpul nostru. Specialiștii consideră că la vârsta de 50 de ani nu putem spune că începe bătrânețea. Fiecare organism îmbătrânește în ritmul său.

Pag. 2

● **RMN gratuit? Lista clinicilor și spitalelor din Iași, timp de așteptare, documente. Cât costă dacă vrei să nu aștepți?**

Adesea, pacienții care au nevoie de RMN se găsesc în situația de a alege între a aștepta peste șase luni pentru un RMN gratuit, dacă nu e vorba de o urgență vitală, sau de a avea programare în aproximativ o săptămână, dar cu costuri semnificative.

Pag. 2

● **Cum evităm „moartea domnului Lăzărescu“. Noul trend în mediul privat din sănătate, pentru evitarea drumurilor inutile:**

În ultimii ani, clinicile private din Iași au încercat să se adapteze cât mai multe nevoilor oamenilor care vor să își țină sub monitorizare starea de sănătate, dar care nu ar avea timp să meargă în zece locuri pentru a face investigațiile necesare.

Pag. 3

● **Cum vor fi gestionate epidemiile în România: Ministerul Sănătății a stabilit niveluri de activare și timp de răspuns:**

La nivel național a fost aprobat săptămâna trecută un nou regulament cu privire la felul în care vor fi gestionate situațiile de urgență generate de epidemii la nivelul țării. Ministerul Sănătății este autoritatea responsabilă cu rol principal pentru managementul riscurilor generate de epidemii, urmând a lucra îndeaproape cu Ministerul Afacerilor Interne.

Pag. 3

Cum percep elevii generației
actuale examenele de ani
terminali? Psiholog: „Părinții
și profesorii au așteptări prea
mari și absurde“

Perioadele examenelor de evaluare națională și a celor de bacalaureat s-au încheiat, dar pentru elevi și părinții lor au rămas sechelele examinării. Obținerea locului dorit într-un liceu de elită sau a unei

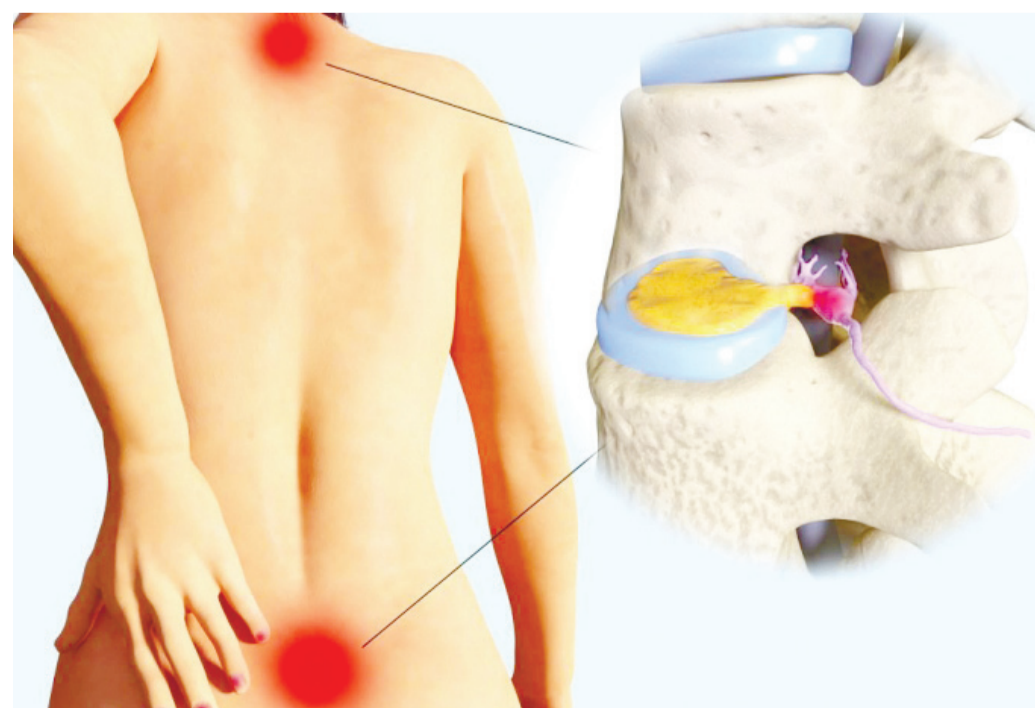
note mari la bacalaureat a fost o miză mare, care a pus presiune, iar atunci când rezultatele nu au fost cele scontate, adesea problema a fost catalogată ca fiind eșec.

Pagina 3



SFATUL MEDICULUI

Mișcarea și o greutate normală pot
ține sub control hernia de disc



Dr. Marius Dabija, medic primar neurochirurg, Director Medical la Spitalul Clinic de Urgență „Nicolae Oblu“, Iași: „Hernia de disc apare adesea pe măsura înaintării în vârstă, când discurile intervertebrale își pierd o parte din conținutul de apă. Acest lucru le

scade flexibilitatea, expunându-le unui risc mai mare de rupere chiar și la un efort mic sau răsucire minoră. Practic este vorba de rezultatul unei uzuri treptate, în timp, pe care o numim degenerarea discului.

Pagina 7

Spitalul de
Recuperare
MedicalăRecuperare
medicală
post AVC0232 920
arcadiarecuperare.roLuigi Ionescu
pacient recuperare



ANALIZĂ | Punctul de 50 de ani: ce se întâmplă cu corpul nostru, ce analize trebuie să facem, care sunt primele semnale de alarmă

Ina DUMITRESCU

50 de ani reprezintă un reper când trebuie să fim atenți la o serie de semnale pe care ni le dă corpul nostru. Atunci ar fi necesar să investigăm și să aflăm ce reprezintă acele semnale. Poate fi vorba de o afecțiune specifică vârstei sau de o boală ignorată care acum își face simțită prezența. Specialiștii consideră că la vârsta de 50 de ani nu putem spune că începe bătrânețea. Fiecare organism îmbătrânește în ritmul său. Totul este legat de o componentă genetică, dar mult mai important este stilul de viață pe care l-am avut.

„Cum ne așezăm anii ce vin”

Conform statisticilor, în țările nordice speranța de viață este de 83 de ani, iar în Europa 74 de ani. Dr. Anca Deleanu, medic primar medicină de familie, recomandă o serie de investigații care trebuie făcute după vârsta de 50 de ani pentru a vedea cum „ne așezăm anii ce vin”.

„50 de ani este momentul în care trebuie să ne facem un bilanț și să vedem unde ne situăm. Trebuie să vedem în ce măsură anumite afecțiuni le putem preveni sau depista în fază incipientă. Este extrem de important deoarece tratamentele actuale aplicate precoce oferă șanse mari de vindecare. Și spun acest lucru gândindu-mă chiar la afecțiuni severe, oncologice,

care adesea sunt cu prognostic rezervat, dar depistate precoce ajung să aibă și o rată importantă de vindecare”, a explicat dr. Anca Deleanu.

Inima, primul „vinovat”

Medicii ne sfătuiesc ca după vârsta de 50 de ani să începem cu investigarea aparatului cardiovascular. Ei subliniază faptul că o serie de afecțiuni pe care le-am dobândit în tinerețe și de care nu am știut sau le-am ignorat pot avea un răsunet după vârsta de 50 de ani.

„Cele mai frecvente afecțiuni cardiovasculare sunt hipertensiunea arterială și angina pectorală. Extrem de importante sunt mai multe analize care ar trebui făcute anual după vârsta de 50 de ani pentru a vedea și monitoriza valorile unor constante biologice precum profilul lipidic care să arate tendința de risc cardiovascular. Vorbim aici de infarctul de miocard, accidentul vascular cerebral. Investigațiile ne pot arăta dacă există riscul ca în următorii 10 ani pacientul să aibă predispoziția de a face un AVC sau infarct. Există niște scale de risc pentru aceste afecțiuni care cuprind valoarea tensiunii, valoarea colesterolului, dacă este femeie sau bărbat și dacă fumează”, a punctat dr. Anca Deleanu.

Obezitatea și diabetul zaharat

O altă afecțiune frecventă după vârsta de 50 de ani este obezitatea. Medicii trag un semnal de alarmă deoarece obezitatea se poate asocia frecvent cu boli cronice severe precum bolile cardiovasculare sau diabetul zaharat.

„Pe măsură ce înaintăm în vârstă metabolismele noastre sunt atât de active și

există o tendință de scădere a acestora. Dacă până la vârsta de 50 de ani reușeam să slăbim ușor, acum pierderea kilogramelor este o mare problemă și presupune un regim alimentar pe care trebuie să îl menținem permanent. Să nu uităm că importantă este și activitatea fizică. La femei în apariția obezității contribuie și menopauza”, a spus dr. Anca Deleanu.

Acesta a explicat că diabetul este o boală „care macină” și care face ca organismul să fie slab în totalitate, fapt care poate duce, în timp, la apariția infarctului de miocard, a accidentelor vasculare cerebrale sau a tulburărilor circulației periferice precum arteriopatia obliterantă a membrelor inferioare.

Specialiștii spun că obezitatea este strâns legată și de sedentarism. Pe măsură ce îmbătrânim, tendința de a nu face activitate fizică este mai mare și este cauzată de afecțiunile osteo-articulare care ne fac să ne mișcăm mai greu.

Femeile, mai predispuse la probleme articulare

Dr. Anca Deleanu consideră că este important să știm că după vârsta de 50 de ani problemele osteo-articulare apar mai frecvent la femei decât la bărbați. Acestea sunt mai accentuate cu cât nu există nici activitate fizică. Altă boală metabolică frecventă la femei după vârsta de 50 de ani este osteoporoza. Pentru un diagnostic de boală, medicul recomandă osteodensitometria, investigație imagistică cu care se măsoară densitatea minerală și duritatea sistemului osos. Alte afecțiuni osteo-articulare sunt artrozile la nivelul articulațiilor mari sau tasări la nivelul coloanei vertebrale.

„Trebuie să avem în vedere că mișcarea este cel mai

bun remediu pentru sănătatea articulațiilor, iar practicarea unui sport face bine atât articulațiilor, cât și sistemului nervos, pentru că ne dă o stare de bine. Să nu uităm că sportul face profilaxia bolilor de degenerescență cognitivă a sistemului nervos”, punctează medicul de familie.

Depresia pânzăște și la vârste înaintate

Specialiștii avertizează că persoanele suprasolicitate psihic pot să se confrunte cu o anumită încetinire a proceselor cognitive. Tot la această vârstă pot să apară și episoade de depresie. Recomandarea medicilor este ca la primele semne de afectare neuropsihică să se facă o evaluarea de specialitate pentru stabilirea unui diagnostic și instituirea terapiei sau medicației.

Dr. Anca Deleanu recomandă efectuarea unei electrocardiografe, monitorizarea tensiunii arteriale, mamografia pentru femei și examenul genital pentru depistarea precoce a cancerului de col uterin. Pentru bărbați, după 50 de ani, este necesară efectuarea PSA, un test de sânge pentru depistarea precoce a cancerului de prostată.

„La nivelul cabinetelor medicilor de familie există programe de consultații preventive care presupun investigații pentru depistarea precoce a factorilor de risc cardiovascular sau a bolilor oncologice. Pentru pacienții deja diagnosticați în cabinetul medicului de familie se poate face urmărirea afecțiunilor prin investigații decontate de CAS. Este vorba de monitorizarea persoanelor cu dislipidemii, hipertensiune arterială, diabet zaharat, BPOC, astm bronșic, insuficiență renală cronică și afecțiuni oncologice”, a conchis medicul.

RMN gratuit? Lista clinicilor și spitalelor din Iași, timpi de așteptare, documente. Cât costă dacă vrei să nu aștepti?

Anca POPA

Adesea, pacienții care au nevoie de RMN se găsesc în situația de a alege între a aștepta peste șase luni pentru un RMN gratuit, dacă nu e vorba de o urgență vitală, sau de a avea programare în aproximativ o săptămână, dar cu costuri semnificative. Medicii afirmă că în majoritatea cazurilor nu este necesar ca un RMN să fie efectuat într-un interval scurt de timp.

Din acest motiv, atunci când pacienții sunt programați să se prezinte la cabinet peste câteva luni pentru RMN, sunt sfătuiți să aștepte și să nu plătească integral. Cu toate acestea, medicii obsevă că pacienții se panichează și optează pentru opțiunea rapidă, dar costisitoare.

În unele cazuri, rezultatul imediat al unui RMN nu este esențial

„Durata de așteptare pentru RMN-uri este în general destul de lungă. Există o prioritarizare pentru pacienții care au nevoie urgentă, dar pentru cei care nu există o diferență semnificativă dacă testul se face în curând sau în câteva luni, așteptarea poate fi considerabilă. Mulți oameni nu au răbdare să aștepte și aleg să facă RMN-uri contra cost. Totuși, acest lucru nu este întotdeauna justificat din punct de vedere medical, deoarece medicii stabilesc când este necesar RMN-ul imediat sau poate fi făcut mai târziu. În unele cazuri, rezultatul imediat nu este esențial. Timpii de așteptare poate ajunge între cinci și șapte luni, dar în unele locuri din țară poate fi chiar mai lung. În

Iași, de exemplu, cinci sau șase luni este obișnuit pentru programare”, a declarat conf. univ. dr. Liviu Oprea, președintele Colegiului Medicilor din Iași.

Lista clinicilor și spitalelor din Iași unde poți face RMN gratuit

1. Arcadia
2. Regina Maria
3. Medlife
4. Scanexpert
5. Medcover
6. Affidea
7. Neolife
8. Policlinica Dorna
9. Elytis
10. Policlinica Dorna
11. Institutul Regional de Oncologie Iași
12. Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria” Iași
13. Spitalul Clinic de Urgență „Prof. Dr. Nicolae Oblu” Iași
14. Spitalul Clinic Căi Ferate Iași

Pentru a efectua un RMN, pacientul trebuie să înceapă prin a consulta medicul de familie, care îi va oferi o trimitere către un medic specialist. După consultul cu medicul specialist, acesta va face o recomandare pentru RMN, iar pacientul va putea programa examinarea. În continuare, pacienții pot decide dacă doresc să efectueze investigația pe cont propriu sau prin decontare prin CAS Iași.

Timpii de așteptare mediu pentru un RMN gratuit, pe baza unei trimeriteri

Potrivit informațiilor furnizate de clinici și spitale din Iași, timpii de așteptare mediu pentru un RMN gra-

tuit, pe baza unei trimeriteri, este de aproximativ trei sau patru luni. În unele cazuri, pacienții pot rămâne pe lista de așteptare și mai mult de șase luni, din cauza volumului mare de solicitări și a limitărilor de fonduri alocate.

De exemplu, la clinicile private Arcadia și Regina Maria, timpul de așteptare pentru un RMN poate începe de la o lună și poate ajunge până la patru luni în cazul decontării prin CAS, sau aproximativ o săptămână în cazul plății directe de către pacient. În spitalele de stat, în general, timpul de așteptare poate ajunge până la șase luni, dar există și excepții, precum cea a Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria”, unde angajații susțin că timpul de așteptare este de aproximativ o săptămână.

Aparat de 3 Tesla, doar la Arcadia

Aparatura poate face diferența chiar și în cazul RMN-ului, de aceea este important ca pacienții să se informeze cu privire la echipamentul folosit pentru scanare. De exemplu, Arcadia dispune de două aparate performante de RMN: unul de 1,5 Tesla și unul de 3 Tesla, diferența dintre ele constând în claritatea imaginii și preț. Tarifele generale pentru un RMN, oriunde este făcut acesta, diferă și în funcție de zona vizată pentru RMN, variind de la câteva sute de lei la mult peste 1.000 de lei. Tehnologia RMN de 3 Tesla oferă o rezoluție înaltă și un diagnostic mai rapid și precis. Regina Maria, de exemplu, utilizează un aparat Magnetom Essenza de 1,5 Tesla, iar Centrul Medical Neolife utilizează modelul

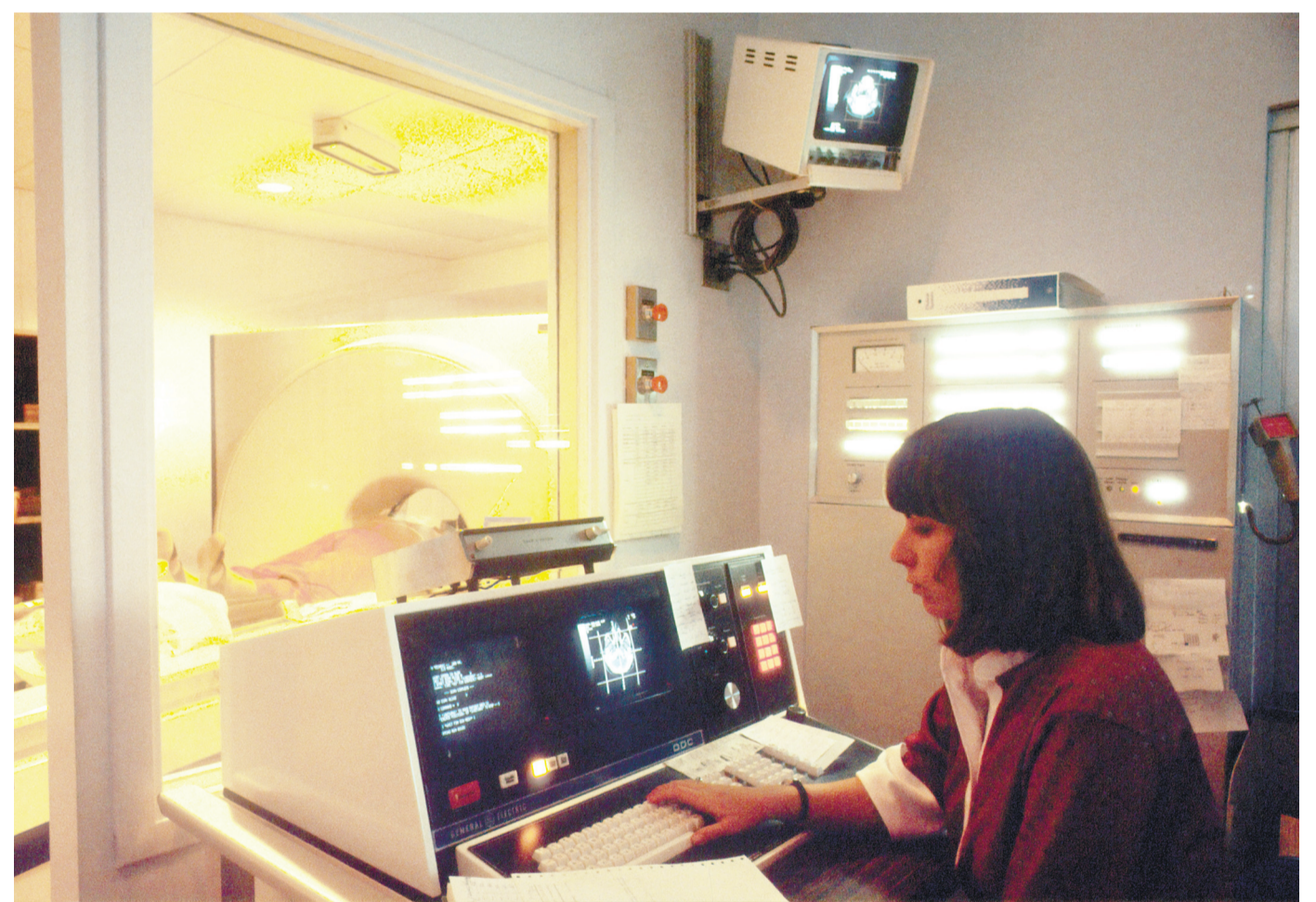
Signa Explorer 1,5T, pentru investigațiile imagistice.

Un alt exemplu este Scanexpert, dotat cu aparatul Siemens Avanto 1,5T, iar la Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria” din Iași se utilizează un echipament de investigație prin rezonanță magnetică nucleară Ingenia 1,5T Philips. De asemenea, la Institutul Regional de Oncologie Iași, echipamentul RMN disponibil este Siemens Magnetom Avanto 1,5T, care deservește pacienții cu spitalizare continuă și de zi, pacienții din ambulatoriu în contract cu CJAS Iași și pacienții Serviciului de ATI.

Pacientul trebuie să aibă copiile tuturor documentelor medicale

În ziua examinării, pacientul trebuie să se prezinte la recepția spitalului cu următoarele documente: actul de identitate, copilele tuturor documentelor medicale relevante pentru segmentul investigat, scrisoarea medicală, istoricul medical (dacă este cazul), biletul de trimitere sau recomandarea medicală, cardul de sănătate și, dacă este necesar, analizele de sânge pentru uree și creatinină serică.

Dacă pacientul decide să nu aștepte o perioadă lungă pentru a efectua RMN-ul și optează pentru varianta contra cost, prețurile variază în funcție de problema medicală și de clinica sau spitalul ales. În general, un RMN poate începe de la 700 de lei, iar dacă este necesară și substanța de contrast, prețul poate ajunge la 950 de lei. În anumite cazuri, costul unui RMN poate depăși 2000 de lei, chiar și în spitalele de stat. ●



Fizioterapie, decontată de CNAS? Colegiul Medicilor contestă un ordin la nivel național emis de Ministerul Sănătății

O nouă problemă semnalată de Colegiul Medicilor din România: solicită eliminarea unui paragraf dintr-o ordonanță de urgență a Guvernului, aprobată acum o lună, în care, susțin aceștia, pacienților le este limitat accesul dacă au nevoie de recuperare medicală doar la proceduri de fizioterapie. Conform CMR, citiți de 360medical.ro, paragraful din OUG 66/2024, aprobat în iunie, vorbește despre intrarea cabinetelor private de fizioterapie în contract cu CNAS „pentru furnizarea exclusivă a acestor servicii”, fapt care poate avea consecințe foarte mari asupra bugetului din sănătate.

„Asigurații beneficiază de activități de fizioterapie, stabilite în condițiile art. 25 din Legea nr. 229/2016 privind organizarea și exercitarea

profesiei de fizioterapeut, precum și pentru înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Fizioterapeuților din România, cu modificările ulterioare, pe baza recomandărilor medicale, cu sau fără contribuție personală, în condițiile prevăzute în contractul-cadru și în normele sale de aplicare”, se menționează în paragraful contestat de CMR. Conform 360medical.ro, Colegiul Medicilor a transmis deja către Ministerul Sănătății, în 28 iunie, un document conținând nemulțumirile legate de actul normativ.

În ceea ce privește serviciile de recuperare medicală, acestea includ o gamă largă de proceduri (fizioterapie, kinetoterapie, masaj terapeutic, terapii cu factori naturali, logopedie etc.), iar limitarea acestora doar la fizioterapie

este nejustificată și periculoasă pentru pacienți”, menționează Colegiul. „Prin formularea propusă, se limitează accesul pacienților doar la proceduri de fizioterapie, eliminând celelalte proceduri de recuperare a sănătății. Expriemarea «recomandări medicale» este vagă și poate duce la interpretări eronate”, precizează CMR, într-o postare pe pagina sa de Facebook. Mai mult, CMR transmite că medicul curant care recomandă tratamentul de recuperare trebuie să fie specialist de orice specialitate, în timp ce medicul care prescrie planul de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare trebuie să fie medic de medicină fizică și de reabilitare (MFR). „Medicii de alte specialități nu au competența

profesională necesară pentru a prescrie planuri de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare. Prescrierea unui plan de proceduri de către un medic fără formare profesională în medicină fizică și de reabilitare poate conduce la malpraxis și riscuri grave pentru sănătatea și viața pacienților. Toate serviciile de fizioterapie se realizează în cele peste 700 de unități sanitare spitalicești și ambulatorii, pacienții având acces la toate serviciile necesare pentru recuperarea sănătății. Orice modificare legislativă trebuie să țină cont de argumentele aduse în prezentul memoriu, asigurând un tratament de recuperare corect și complet, fără riscuri pentru pacient”, au mai spus cei de la CMR. ●

SPITALUL PROVIDENTA
medicină de bună credință

FĂ-ȚI TIMP PENTRU VIAȚĂ!

Pachet valabil în luna IULIE

NEUROLOGIE

- Consultație
- CT Cranio-Cerebral Nativ
- Analize de laborator specifice

GRATUIT CU BILET DE TRIMITERE

Dr. Laura Brudiu
Medic primar Neurologie

Șoseaua Nicolina nr. 115, CUG, Iași
0232 241 271 / 0730 230 030
0745 375 427 (mesaj WhatsApp)
programari.spital@providentamedical.ro
Luni - Vineri 07:00 - 20:00

Cum percep elevii generației actuale examenul de ani terminali? Psiholog: „Părinții și profesorii au așteptări prea mari și absurde“

Ina DUMITRESCU

Perioadele examenelor de evaluare națională și a celor de bacalaureat s-au încheiat, dar pentru elevii și părinții lor au rămas sechelele examinării. Obținerea locului dorit într-un liceu de elită sau a unei note mari la bacalaureat a fost o miză mare, care a pus presiune, iar atunci când rezultatele nu au fost cele scontate, adesea problema a fost catalogată ca fiind eșec.



Psiholog Monica Dobrea

doii ani înainte, motivația fiind dată de mai mulți factori precum plăcere și responsabilitate, nevoia de a recupera și de a ajunge la nivelul celorlalți, presiunea părinților anxiși, teama de eșec. Sunt apoi elevii care încep să învețe cu o lună înainte examenului. Aici putem încadra atât pe elevii care au învățat constant și cărora le e ușor doar să revină materia, cât și pe cei care nu au dat importanță examenului și au neglijat necesitatea mobilizării corespunzătoare. Și mai sunt elevii care nu se pregătesc deloc. Din această categorie am auzit mai multe argumente precum «mai am o șansă în toamnă», «oricum nu vreau să fac nimic mai departe», «nu vreau să le fac pe plac alor mei că m-am săturat să mă tot bată la cap», «am fost angajat la firma părinților și pot face bani fără să fac performanță la școală», a mai punctat psihologul.

însă totul să vină însoțit de argumente și proiecții realiste viitoare care să creeze o imagine cât mai obiectivă a câștigurilor și a pierderilor. Ceea ce nu înțeleg părinții este că mesajul care trebuie să ajungă la copil este că școala nu este o opțiune, ci este obligatorie și că în viață e important să știi că nu se poate face meru doar ceea ce ne vrem sau ne place. Astfel vom putea să ne apropiem mai mult de conturarea unui viitor adult asumat, responsabil, disciplinat și integrat. Și, da! Aveți voie, dragi părinți, să ridicăți și tonul la copii. Ei află în acest fel că există o limită, că e timpul să prioriteză actul învățării și că dorințele lor contează atunci când și ei înțeleg să contribuie la propria dezvoltare», explică psihologul.

Confuzia părinților după ce pun presiuni „de ce face asta?“

Monica Dobrea, psiholog clinician și psihoterapeut spune că uneori părinții fac anumite greșeli ale căror consecințe nu le anticipă. Din acest motiv psihologul ar împărți părinții în trei categorii.

„Este vorba de părinții cu un nivel ridicat al controlului care nu au scopuri personale și fac din reușitele copilului propriile lor reușite.“

„Părințele își trăiește viața pe care și-ar fi dorit să o aibă când a fost copil. Organiză, stabilește direcția de dezvoltare, suprimă și critică deciziile și dorințele copilului. Vin apoi părinții permisivi, dezinteresați, care lasă putea de decizie 100% în mâinile copilului, fără niciun fel de ghidare. Acești părinți sunt, în cele mai multe situații, oboșiți, epuizați, poate chiar dezamăgiți de propriul lor copil. Și nu în ultimul rând părinții moderni care au urcat «parenting-ul» pe un pedestal. După numărate cursuri și cărți găsite pe internet, observăm că acești părinți nu fac altceva decât să creeze niște copii inadaptat social, instabili emoțional, de multe ori aroganți, sensibili la critică», subliniază Monica Dobrea.

„Influența mediului online asupra generației actuale, dezinteres și chiar abandon școlar“

În discuția pe care Monica Dobrea a avut-o cu „Ziarul de Sănătate“ aceasta a punctat faptul că influența pe care o are mediul online asupra generației actuale nu este una benefică, deoarece orientarea spre online vine cu multe probleme precum credința că poți face bani foarte ușor și rapid, dezinteres și chiar abandon școlar, retragere și izolare socială, nevoia de a-ți crea o imagine pe rețelele sociale, precum cea a influencerilor atât de admirați, dar cu valori și principii inexistente. Superficialitatea, incapacitatea de delimitare și cântărirea a lucrurilor pe axa pozitiv-negativ, îndepărtarea de părinții care „nu înțeleg și nu știu nimic“, dezvoltarea unor dependențe ca strategii de „coping“ sunt alte efecte ale mediului online subliniate de specialist.

Se creează astfel un stil de viață copiat care nu mai ajută copilul să folosească resursele personale sau să creeze ceva nou. Se merge foarte mult pe imitare, pe principiul „este loc pentru toată lumea“, gândire limitativă care nu face altceva decât să propage efectul de turmă și să contureze un viitor al oamenilor care aleg doar ceea ce este mai ușor, comodi, anxiși, labili, cu alegeri care nu le aparțin, ci doar au impresia acestora.

„Dacă ne referim la examene, așa spune că există trei categorii în care putem împărți elevii, ținând cont de interesul și modul în care se pregătesc. Prima categorie se referă la elevii care încep să facă pregătire chiar și cu

de stigmatizarea din partea colegilor, prietenilor și chiar a profesorilor, de reacția părinților, de pedeapsă”, spune psihologul.

Specialistul explică faptul că aceste reacții exagerate au venit doar pe fondul unui stres foarte puternic pe care adolescenții nu au știut să îl gestioneze și nu au avut nici curajul de a le spune părinților ceea ce simt. Din ferice, în urma unui tratament psihiatric și a unui proces psihoterapeutic, în proporție de 100%, aceste cazuri au fost soluționate, copiii reușind să susțină examenul și să obțină un rezultat îmbucurător.

Cum gestionăm stresul examenelor?

Psihologii au observat că indiferent de vârsta elevului, stresul legat de examene se manifestă la fel prin insomnii, modificarea apetitului, stări de furie, lipsa concentrării, episoade de plâns și deznădejde, somatizări precum dureri de burtă, de cap, erupții cutanate.

Pentru a gestiona stresul legat de examene specialistii recomandă practicarea unui sport, relaxarea în natură, în detrimentul gadgeturilor, structurarea materiei, astfel încât ultimele zile înaintea examenului să rămână libere.

„În terapie, am lucrat și pe partea de relaxare musculară, imagerie dirijată, crearea unor mici trucuri care să ajute la gestionarea emoțiilor neplăcute, ancorarea în prezent și focalizarea pe acțiunea imediată, analiza fricilor și găsirea soluțiilor prin abordarea cognitiv-comportamentală”, a arătat Monica Dobrea.

Așteptarea rezultatelor

Psihologii au identificat că există o problemă și în perioada așteptării rezultatelor, însă stresul scade considerabil, mai ales dacă s-a intervenit asupra lui încă de dinainte. Acesta crește în cazul copiilor care au muncit doar pentru a-și mulțumi părinții și se tem să nu dezamăgească. Atât timp cât totul a fost sub control și s-a ținut cont de dezvoltarea și nevoile copilului, satisfacția adolescentului crește și bucuria părinților va deveni și a lui. Monica Dobrea insistă ca părinții să îi îndrume constant pe copii, deoarece ei își vor da seama ulterior, când latura emoțională se reechilibrează, că tot ceea ce s-a întâmplat a fost greu, dar benefic.

„Aflarea rezultatelor, indiferent că sunt conforme cu așteptările sau nu, aduce modificări în structura de personalitate a elevului. În cazul în care acestea sunt pozitive, elevul va experimenta o creștere a stimei de sine, va avea curaj să pluzeze pe parte academică și poate chiar să participe la olimpiade sau să facă voluntariat, va fi mult mai încrezător și își va ridica standardele, se va organiza cu mai multă lejeritate pe viitor la următoarele examene și stresul va scădea. În cazul opus, în care rezultatele sunt sub așteptări, elevii vor experimenta episoade depresive, demotivare, lipsa speranței că mai pot face performanță în viitor, rușine și vinovăție, consum de substanțe sau chiar automutilare”, a atenționat psihologul.

Cum evităm „moartea domnului Lăzărescu“. Noul trend în mediul privat din sănătate, pentru evitarea drumurilor inutile

Ina DUMITRESCU

În ultimii ani, clinicile private din Iași au încercat să se adapteze cât mai multe nevoilor oamenilor care vor să își țină sub monitorizare starea de sănătate, dar care nu ar avea timp să meargă în zece locuri pentru a face investigațiile necesare. Astfel că tendința pe piața a fost de concentrare a serviciilor și de a oferi cât mai multe tipuri de investigații, consultații sau proceduri în același loc. Prof.dr. Danisia Haba, medic primar radiologie și imagistică medicală, coordonatorul Clinicii Radiologie și Imagistică Medicală, coordonatorul Centrului de Sănătate” că soluția pentru lipsa de timp a oamenilor o pot reprezenta tocmai clinicile cu echipa multidisciplinare de investigații complete.

Fiindcă pentru cei mai mulți dintre pacienți, dincolo de notorietatea medicului care le oferă consultația, contează foarte mult să meargă într-un singur loc unde să pot face analize de sânge, să fie programată

consultații cu medicul specialist, să li se facă o ecografie, o mamografie sau o osteodensitometrie, totul în funcție de afecțiuni. În cazul în care este nevoie de o investigație imagistică complexă pentru diagnostic sau stadializare, medicul poate recomanda o investigație RMN, iar dacă aparatul există în același loc, înseamnă un drum mai puțin pentru pacient.



Prof.dr. Danisia Haba

Spectroscopia de rezonanță magnetică îmbunătățește diagnosticul

„Aparatul de rezonanță magnetică pe care îl folosim noi, spre exemplu, beneficiază de unele îmbunătățiri care ne permit să facem o analiză detaliată a leziunilor. Folosim anume softuri care sunt foarte rapide, iar dacă pacientul este stresat sau se mișcă putem reduce timpul de expunere, dar și artefactele de mișcare. De asemenea, prin spectroscopia de rezonanță magnetică localizăm leziunea tumorală, stabilim componentele chimice din interiorul ei și în funcție de anumite raporturi pe care le calculăm putem spune dacă avem de-a face cu o leziune tumorală malignă sau benignă. Aceste noi softuri ne ajută foarte mult să îmbunătățim diagnosticul”, a declarat prof. dr. Danisia Haba.

Aceasta subliniază că este extrem de important să se știe tipul de leziune, pentru că în cazul celor tumorale maligne trebuie realizată o

biopsie cât mai rapid, iar pacientul trebuie introdus imediat într-un program de diagnostic și tratament. Medicul atrage atenția asupra creșterii în ultimii ani a cazurilor de boală oncologică la tineri. Vorbim aici de cancerul de sân, de col uterin, de prostată sau de colon. Mulți dintre pacienți, atunci când vin la investigații imagistice, sunt diagnosticați deja cu diverse metastaze. Din acest motiv programele de screening sunt extrem de importante.

Noua tehnologie mamografică digitală

Prof. dr. Danisia Haba spune că la ora actuală mamografia digitală sau tomosinteza este superioară celorlalte metode de screening ale cancerului mamar și permite investigarea sânilui tridimensional. Combinată cu ecografia, arată structura țesutului glandular, adipos și modificările care apar după 40 de ani.

„Sistemul de mamografie tomosinteza pe care îl folosim în cadrul clinicii și care combină imagistică 2D

și 3D folosind radițiile X pentru explorarea sânilui este singurul sistem care ne permite să facem un screening corect adaptat acestui secol pentru toate paciențele cu risc. Mamografia nu se face numai în scop de diagnostic, ci și pentru a face screening grupului de pacienți între 45 și 75 de ani pentru că se consideră a fi grupul de vârstă în care apare frecvent leziunea tumorală malignă. Până la 45 de ani, leziunile sunt mai rare, iar peste 75 de ani nu sunt atât de frecvente”, explică prof.dr. Danisia Haba.

O parte dintre investigațiile medicale, decontate de CAS și în privat

Medicul spune că toate femeile cu vârsta peste 45 de ani pot beneficia prin programul de prevenție al Ministerului Sănătății și, având bilet de trimitere de la medicul de familie, de o mamografie și ecografie mamară. Tot aici pot fi realizate analize de sânge decontate de CAS sau osteodensitometria pentru diagnosticarea osteoporozei.

În cadrul clinicii există și cabinetele de cardiologie, neurologie și ginecologie. Coordonatorul Medimagis, prof.dr. Danisia Haba, spune că, la ora actuală, în clinică funcționează și un cabinet de pediatrie cu toate dotările necesare. A fost înființat pentru femeile care vin la un consult ginecologic și care au copii, pentru a-și putea aduce și pe acestora la un consult pediatric.

Cum diagnosticăm hernia ombilicală?

Hernia ombilicală este afecțiunea în care un organ abdominal protruzionează (iese) prin inelul ombilical.



Din punct de vedere anatomic, ombilicul reprezintă un punct slab al peretelui abdominal deoarece în timpul vieții intrauterine acest orificiu, situat între cei doi mușchi abdominali aflați de o parte și de alta a liniei mediane, este străbătut de cordonul ombilical prin care ajung nutrienții de la mama la copilaș.

Imediat după naștere, această comunicare se închide în mod normal dar, există și situații când mușchii nu se alipesc corect și astfel apare hernia.

Afecțiunea poate apărea atât la naștere (congenitală), cât și oricând pe parcursul vieții (dobândită).

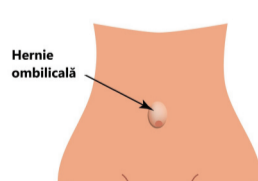
Factorii de risc ce pot duce la apariția herniilor ombilicale dobândite sunt:

- obezitatea
- sarcinile multiple
- prezența lichidului în cavitatea abdominală (ascită)
- tusea prelungită (afecțiuni pulmonare, fumat).

De obicei, herniile ombilicale sunt vizibile în ortostatism (în picioare) și atunci când se încordează musculatura abdominală.

Principalul simptom îl reprezintă apariția unei umflături sau proeminente în regiunea ombilicală.

Uneori aceste hernii provoacă disconfort local, mai rar produc durere.



Diagnosticul herniei este, de obicei, ușor de pus în cursul examinării în cabinetul specialistului care va verifica dacă aceasta este reductibilă sau nu.

Este recomandată prezentarea rapidă la medic dacă apar simptome precum:

- durere brusc instalată la nivelul umflăturii
- greață, vărsături
- hernia devine ireductibilă chiar și în poziție relaxată
- febră deoarece acestea însoțesc, de obicei, hernia ombilicală strânată, complicația cea mai redutabilă

Cum vor fi gestionate epidemiile în România: Ministerul Sănătății a stabilit niveluri de activare și timp de răspuns

Cătălin HOPULELE

La nivel național a fost aprobat săptămâna trecută un nou regulamentul cu privire la felul în care vor fi gestionate situațiile de urgență generate de epidemii la nivelul țării. Conform 360medical.ro, Ministerul Sănătății este autoritatea responsabilă cu rolul principal pentru managementul riscurilor generate de epidemii, urmând a lucra îndeaproape cu Ministerul Afacerilor Interne.

„Scopul regulamentului este de a crea cadrul de gestionare de către Ministerul Sănătății a situațiilor de urgență generate de epidemii și a riscurilor asociate. Potrivit documentului, Ministerul Sănătății este autoritatea responsabilă cu rol principal pentru următoarele tipuri de risc:

epidemiile care implică a inundațiilor, epidemii care implică a seismelor și epidemii care implică a epizooticilor/zoozoanelor”, au precizat reprezentanții ministerului, citați de 360medical.ro.

Regulamentul menționează că managementul acestor situații de urgență generate de epidemii constă în identificarea, înregistrarea și evaluarea tipurilor de risc și a factorilor determinanți ai acestora. Practic, ministerul trebuie să evalueze riscul, pe baze informaționale existente, să pună în mișcare structurile necesare astfel încât populația să fie înștiințată și amenințarea să fie cât mai bine ținută sub control.

Ministerul Afacerilor Interne are rol secundar în acest arbore al responsabilităților, în timp ce, în funcție de amploare, pot fi

implicate alte ministere cu responsabilități punctuale. Cum se declară epidemie: un județ afectat de un eveniment care depășește capacitatea de gestionare a situației face o notificare la nivel național. Sau există o boală transmisibilă severă care se răspândește rapid sau un eveniment aflat deja în derulare crește în materie de severitate. Totodată, declararea de către Organizația Mondială a Sănătății a unei urgențe de sănătate publică de importanță internațională ce poate afecta România poate declanșa același mecanism.

Sunt stabilite trei niveluri de activare: nivelul 1, dacă evenimentul este potențial, nedovedit / neconfirmat, nivelul 2, dacă evenimentul este controlabil și nivelul 3, dacă necesită resurse suplimentare. „Activarea răspunsului se va baza pe analiza riscului și

va ține cont de identificarea tuturor riscurilor existente, în vederea prioritizării resurselor, și prevede elaborarea de scenarii ale impactului evenimentului. În caz de risc de epidemie, răspunsul este coordonat de Centrul Operativ pentru Situații de Urgență al Ministerului Sănătății (COSU-MS). Potrivit regulamentului, principalele amenințări care se manifestă în cazul producerii unei epidemii sunt: afectarea stării de sănătate a unui număr foarte mare de persoane, în special din rândul categoriilor vulnerabile (copii, bătrâni, persoane cu imunitate scăzută), apariția unui număr mare de decese, într-un timp scurt, cu riscul asociat al dificultăților privind gestionarea acestora, și suprasolicarea sistemului medical”, se menționează în regulamentul, citat de 360medical.ro.

„Gâfâind“ în drum spre spital. Ce este BPOC și cum trebuie să evităm „spirală morții“

Bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) este afecțiunea care ne omoară, puțin câte puțin, lăsându-ne fără aer și dând foarte puține semne. O tuse mai accentuată dimineața, o ușoară reducere a capacității de efort, care se agravează cu trecerea timpului, niște episoade de oboseală. Pacienții ajung la medic gâfâind, la o exacerbare a bolii, iar riscul de deces în prima săptămână de

internare este foarte mare. Iar capacitatea pulmonară pe care o pierdem s-ar putea să nu o mai putem recupera și să rămânem dependenți toată viața de oxigen. Deși fumătorii sunt principalii vizitați de această afecțiune și oamenii din mediul rural, care au ars lemne ude sau biomasă toată viața și au stat în fumul respectiv, nu sunt ocoliți. Nici cei din marile orașe, puternic afectate de poluare,

care inhalează particule de PM 2,5 și PM 10 pe lângă noxele emise de mașini. Ziarul de Sănătate a participat în weekendul 12 – 14 iulie, la Cheile Grădiștei, la o reuniune a jurnaliștilor de sănătate pe acest subiect al „ucigașului tăcut“, organizată de Coaliția Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice din România (COPAC). BPOC e a treia cauză de deces din România, dar agravările

sistemului respirator reprezintă comorbidități puternice pentru problemele cauzate de inimă, care simte nevoia să compenseze lipsa de oxigen printr-o funcționare la turație maximă. Specialiștii din întreaga țară au discutat cu jurnaliștii de sănătate pe acest subiect: unde suntem, ce putem face și ce trebuie să cerem de la Ministerul Sănătății pentru a putea lupta mai eficient împotriva bolii.

Poluarea poate cauza afecțiuni precum BPOC sau cancer pulmonar. „Avem oameni din mediul rural afectați, care au inhalat noxe de la arderile domestice“

Cei mai mulți pacienți care ajung să dezvolte BPOC au ca numitor comun fumatul ca factor de risc. Dar un număr semnificativ de pacienți, în creștere în ultimii ani, dezvoltă această boală și pe fondul poluării excesive, care duce inclusiv la apariția cancerului pulmonar. **Prof.dr. Roxana Ulmeanu**, medic primar pneumolog, a rându-l ei fost președinte al Societății Române de Pneumologie, spune că un pacient care suferă de BPOC are un risc de până la 6 ori mai mare în cazul cancerului pulmonar, pe care-l numește „**cel mai rău dintre toate**“.

„Se diagnostichează târziu, în stadii inoperabile, avansate, iar din acest moment al diagnosticului supraviețuirea este foarte redusă. Acești pacienți... și este valabil peste tot în lume asta, au o rată de supraviețuire la cinci ani de sub 13%. De aceea insistăm în tratarea BPOC pe această medicație, care asociază trei medicamente în unul singur, care reduce riscul de mortalitate, iar până acum nu exista așa ceva. Ne dorim ca aceste medicații care reduc riscul de exacerbare a bolii să fie compensate integral de statul român“, a punctat prof.dr. Roxana Ulmeanu.

Vorbim prea puțin despre poluare, deși sunt zeci de mii de victime

Dr. Ulmeanu spune că vorbim prea puțin de poluare, în general, deși este o problemă semnificativă la nivel mondial. Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății, peste 4,2 milioane de decese premature în întreaga lume survin după expunerea la particulele fine: prin BPOC, cancer pulmonar, boli cardiovasculare și alte diferite tipuri de cancere.

„Decesele premature legate de poluarea aerului se învârt în jurul sănătății plămânului în procent de 52%. Sunt peste 60.000 de decese pe an din cauza acestei alterări a atmosferei și decesele s-au triplă în timp ce din cauza catastrofelor naturale cauzate de încălzirea globală. Din 1850 fiecare deceniu a fost mai cald decât cel anterior, nivelul mării este în creștere, ghețarii se topesc, nivelul oceanelor se schimbă. Căldura extremă riscă creșterea deceselor la BPOC și boli cardiovasculare“, a explicat specialistul.

„Vinovății“ îi știm și vorbim des despre ei: particulele fine de 2,5 sau 10 microni. Sunt poluanți din aer care



Prof.dr. Roxana Ulmeanu

exacerbă afecțiunile cronice, cresc mortalitatea pentru BPOC, riscul de astm, dar și numărul de pacienți spitalizați în stadii severe. Prof.dr. Roxana Ulmeanu spune că o altă statistică a OMS arată că, la nivel mondial, nouă din zece persoane din lume respiră un aer poluat. Iar o statistică îngrijorătoare atinge și

România: poluarea aerului din gospodărie din zona rurală. În acele locuri unde oamenii s-au încălzit și încă se mai încălzesc cu foc deschis, compuși din cărbune și biomasă, lemn de proastă calitate, gunoi de animale sau deșeurii din culturi de plante, există riscul apariției de BPOC, chiar dacă nu au fumat

în viața lor sau nu au fost expuși noxelor din oraș. „Vedem femei venite la spital cu BPOC care nu ar fi fumat în viața lor, dar au făcut din cauza poluării aerului din gospodărie. Aceasta cauzează BPOC, cancer pulmonar, crește riscul de accident vascular cerebral, boala cardiacă

ischemică“, a subliniat expertul.

PM-urile de 2,5, cele mai nocive

Ghidurile calității vieții, reactualizate anual de OMS, spun că 91% din populația lumii locuiește în teritorii în care criteriile de calitate a aerului nu sunt respectate. Iar principalii factori poluanți sunt particulele de materie PM, pe care dr. Ulmeanu le numește „**cele mai nenorocite dintre toate pentru că sunt în primul rând factori clar cauzatori de cancer**“.

„Aceste particule de aerosoli atmosferici nu le vedem pentru că sunt prea mici: e vorba de praful, de murdărie etc. Cele care formează fumul, spre exemplu, sunt mari și întunecate și pot fi văzute, dar celelalte sunt atât de mici încât pot fi detectate doar cu microscopul electronic. Sunt particule inhalabile foarte mici. Un fir de păr este de vreo 30 de ori mai mare decât cea mai mică particulă fină. PM 2,5 sunt compuși organici, metalici, iar PM 10 praf, polen sau mușcături“, a precizat prof.dr. Roxana Ulmeanu.

Riscul acestora provine din faptul că ajung adânc în căile aeriene mici și în țesutul pulmonar propriu-zis, au abilitatea de a trece în

sânge la nivelul săculeților alveolari, iar pentru cancerul pulmonar această poluare este „un ucigaș invizibil“.

„Cele de 2,5 microni sau mai mici pot duce la o creștere a ratei de cancer pulmonar până la 36%, conform unor studii. Au fost urmăriți într-un astfel de studiu 200.000 de persoane, toți nefumători, în perioada 1982 – 2008. 1.100 au ajuns să moară de cancer de plămân, o creștere a mortalității de 27% care a fost clar legată de particulele de 2,5 microni“, a mai spus prof.dr. Roxana Ulmeanu.

Sunt înconjurati de gaze poluante, dar și de microplastic

Există și mai multe surse de poluare: în orașele mari, intersecțiile aglomerate aduc noxele de la mașini, cele mai dăunătoare fiind cele diesel. Și ozonul de la nivelul solului aduce un grad ridicat de poluare, provocând o reacție fotochimică nocivă și contribuind la rându-l său la încălzire. Dioxidul de azot, spune dr. Ulmeanu, este și el unul dintre factorii la care, expuși fiind, poate declanșa BPOC, dar și astm, și alături de particulele mici purtate în aer sunt un factor de risc

suplimentar pentru cancerul pulmonar.

„Și dioxidul de sulf are riscurile sale, iar metanul este un gaz cu efect de seră puternic. Este și un cerc vicios: emisiile de metan duc la topirea stratului de permafrost de la poli sau din tundre, care la rândul lor au emisii de metan, care încălzesc și mai mult atmosfera și care produc și mai multe topiri. O altă problemă pe care nu o dezbatem încă suficient de mult este poluarea cu microplastic, cu particule de sub 5 mm, pe care le găsim adesea în hainele noastre, în produse de igienă și cosmetice. Toate ecosistemele marine, de la crevetii din Canalul Mânecii, la Marea Nordului, Marea Baltică, miștile și sarea de mare, totul este contaminat de aceste particule de microplastic. Iar această faună marină intră în alimentația noastră, în timp ce din haine, prin curățare, ajunge la nivelul corpului uman de la păr, la salivă, în plămâni, ficat, laptele matern, placenta și rinichi: e peste tot“, a punctat dr. Roxana Ulmeanu.

Riscurile acestor poluări cu microplastic în aer sunt de risc cu siguranță de neglijat, explică specialistul.

Povara economică: cât ne costă tratarea pacienților cu BPOC? 220 de milioane de lei pentru 81.000 de cazuri

Cătălin HOPULELE

Unul dintre argumentele principale ale medicilor pneumologi care luptă cu BPOC este că, depistată din timp, boala poate avea o povară economică mult mai redusă asupra sistemului de sănătate din România. **Prof.dr. Florin Mihălțan**, medic primar pneumolog, fost președintele al Societății Române de Pneumologie, explică faptul că toate aceste evaluări economice sunt raportate la modul în care se pune diagnosticul și la cum este înregistrat pacientul în sistemul medical.

Acesta a prezentat un studiu care a analizat, pentru perioada iulie 2022 – iunie 2023, datele de la Institutul Național pentru Managementul Serviciilor de Sănătate cu privire la persoanele care au primit diagnostic principal și secundar de BPOC în România. Este vorba de pacienți cu vârsta de cel puțin 40 de ani, care au fost spitalizați măcar o zi și peste opt, o parte care au ajuns inclusiv la Terapie Intensivă.

„În primul rând trebuie să discutăm de ce s-a ales vârsta de 40 de ani. Când am început să vorbim despre această boală era considerată o afecțiune a vârstnicului, dar în momentul de față apare în literatura de specialitate ca «întineresc» prin mulți fac-



Prof.dr. Florin Mihălțan

tori: în mare consumul precoce de factor de risc, fie că e vorba despre poluare sau tutun. Dar este și modul de screening, unde s-a progresat, scurtându-se drumul spre medicul de familie, medicul specialist“, a explicat prof.dr. Florin Mihălțan.

Astfel, studiul prezentat de acesta a înregistrat 38.000 de cazuri tratate în mai puțin de un an în spitalele din România, imediat după înlesnirea îngrijirilor globale legate de

COVID-19. 33% dintre pacienții diagnosticați cu BPOC care au avut nevoie de servicii medicale în acest interval de timp prezentau o exacerbare acută.

„Acutizarea aceea înseamnă în limbaj medical o îngreunare a respirației, un moment de tuse care și ea capătă o coloratură puternică și o secreție, un mucus care vine în exces, care uneori este purulent și atunci e o relație cu o infecție

bacteriană. Alteori doar mucus și transclucid ceea ce înseamnă relație cu virus sau alte cauze. Deci o treime dintre cazuri au avut acest eveniment care înseamnă două variante: fie a fost temporizat la domiciliu și are o gravitate deosebită la îngrijire, poate ajunge direct la ATI, fie este oarecum temporizat, dar și tratat cât de cât, astfel că la momentul prezentării are o formă moderată și primește primul diagnostic“,

a punctat prof.dr. Florin Mihălțan.

În medie, 4.600 de lei un caz de spitalizare continuă

81.000 de cazuri au adus costuri de circa 220 de milioane de lei sistemului medical românesc, ceea ce înseamnă, în medie, 4.600 de lei pentru un caz de spitalizare continuă și 700 de lei pentru spitalizare de zi. Această sumă reprezintă 1% din totalul cheltuielilor din fondul național pentru sănătate.

În analiza prezentată de specialist, se poate remarca faptul că două treimi dintre pacienți au boli cardiovasculare și o problemă scoasă în evidență de prof.dr. Florin Mihălțan este cea a „pendulării pacientului“.

„Am avut întâlniri cu cardiologi și am concluzionat că fiecare pe partea noastră avem o problemă. Când ei depistează un pacient cu BPOC, care vine pentru o complicație cardiovasculară, nu-l trimit mereu la pneumolog și invers. Pentru tratarea eficientă, această spirală trebuie completată cu pendularea pacientului între cele două servicii astfel încât, atunci când se pune un diagnostic, fiecare specializare să își dea punctul de vedere“, a precizat prof.dr. Florin Mihălțan.

Ca durată, în perioada analizată, 43% dintre pacienți au avut nevoie de internare mai mult de opt zile consecutive, iar medicul spune că, la nivel general, comparativ cu restul populației spitalizate, pacienții cu BPOC au nevoie de îngrijire de peste cinci zile în procent de 82%, față de 61% media celorlalte afecțiuni.

Astfel, pe intervalul iunie 2022 – iulie 2023, 39% dintre pacienți au avut nevoie de spitalizare 5-8 zile, 43% de peste 9 zile. Medicul spune că recomandările generale primite de la Ministerul Sănătății, de internare până la șapte zile a unui astfel de pacient, sunt insuficiente atunci când vine vorba despre o persoană dependentă de ventilator, cu diagnostic tardiv.

„3% dintre pacienți au primit îngrijiri la Terapie Intensivă, ceea ce reprezintă o supraîncărcare. Procentul celor cu BPOC care ajung și sunt tratați în ATI mai mult de cinci zile este dublu, 1,6% față de 0,8%, atunci când comparăm cu pacienții cu alte diagnostice. Ce se întâmplă cu ei de la ATI? De multe ori sunt prelungite internările în astfel de staționări. Nu este doar cazul României, dar infecția nosocomială la un pacient intubat are un risc mai mare cu cât prelungiți perioada de intubație. Indiferent de serviciu, de țară și de condițiile de îngrijire“, a punctat specialistul.

Costurile pe ATI, de 10 ori mai mari în UK

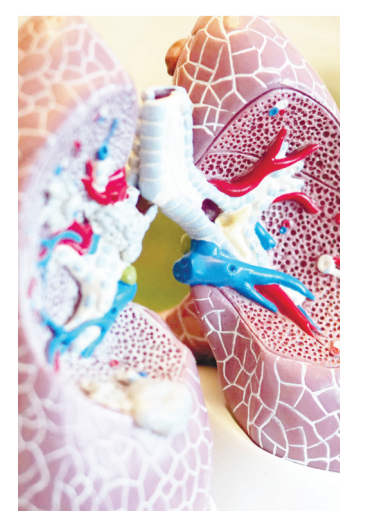
Acesta a remarcat că un studiu internațional arată că în Marea Britanie costurile de îngrijire a unui pacient cu BPOC la ATI sunt de 7-8 mii de euro, în timp ce un alt studiu realizat la nivel național duce această sumă în jurul a 6-7 sute de euro. Diferența este ireală, apreciază medicul, în contextul în care tratamentul primit este același. Diferența o face numărul de personal implicat în îngrijire, dotările unităților medicale și alte astfel de aspecte.

„Contează tipul de asistent, tipurile de aparatură, felurile de monitorizare și numărul de personal angajat în treaba aceea. La noi se merge pe un minimum de personal pe serviciile de ATI, dar și așa este o asistență la nivel înalt cu un număr chiar suplimentar de cadre medicale medii sau inferioare“, a mai spus prof.dr. Florin Mihălțan.

În România, în momentul de față, predomină cazurile de BPOC la bărbați, inclusiv în studiul prezentat de medicul pneumolog. Procentele sunt în momentul de față de 69% bărbați, 31% femei, în contextul în care în ultimii 20 de ani, spune profesorul, au mai fost mulți fumători bărbați decât femei în România. Dar lucrurile sunt pe un trend de echilibru

brare în acest domeniu, spune expertul, dând exemplul SUA, unde la tutunul tradițional femeile au ajuns să fumeze mai mult decât bărbații.

„74% dintre pacienții diagnosticați sunt pensionari, iar pensile sunt au uzura lor, dacă are 3 linii de medicație pe cardiovascular sau urologie și vede că medicația pentru BPOC nu se încadrează e unul dintre motivele care nu este o complianță bună. Avem acces la toate medicamentele de cea mai bună calitate și eficiență, sunt vizibile, prezente, medicii sunt familiarizați cu ele, dar trebuie lucrat pe managementul exacerbărilor“, a conchis prof.dr. Florin Mihălțan.



Boala care te lasă încet fără aer și ajungi la spital adesea când e prea târziu. „Risc maximum de deces în prima săptămână de internare“

Cătălin HOPULELE

Una dintre cele mai mari dorințe ale pneumologilor români este să poată încadra „Boala pulmonară obstructivă cronică”, cunoscută sub numele de BPOC, ca fiind o prioritate de sănătate publică în România. Ei văd asta zilnic în spital, explică prof.dr. Roxana Nemeș, președinte în exercitiu al Societății Române de Pneumologie. Oameni care vin „găfâind”, la un pas de a nu mai putea să respire, care cer ajutorul medicilor adesea când este prea târziu.

Fiindcă această boală este una care „se ascunde” cu foarte mare ușurință, spun specialiștii, mai ales în cazul fumătorilor. Este a treia cauză de mortalitate din lume și strâns legat de zona cardiovasculară: nu doar pentru că plămânii și inima împart cutia toracică, deși asta facilitează tot influențarea directă, ci și pentru că ambele afecțiuni sunt co-morbidități majore una pentru cealaltă.

„BPOC poate să vină cu mai multe simptome. Fumatul este primul risc în această patologie, iar spirometria este cel mai simplu test respirator pe care-l puteți face pentru a interoga puterea plămânilor. Este important să identificăm corect simptomele pacienților la debut pentru că ei adesea trec peste fazele incipiente. Dacă tușim, uneori ignorăm, mai ales

fumătorii. Dacă respirăm greu, reducem efortul, nu mai urcăm zece etaje, urcăm șapte, apoi două și luăm liftul. Alegem să asimilăm dispneea, nu să o identificăm ca fiind o cauză a problemelor noastre”, a punctat prof.dr. Roxana Nemeș.

Pacienții cu BPOC trec prin așa-numitele „exacerbări”, care sunt agravări bruște ale bolii, care de regulă sunt momentul declanșării în care aceștia cer ajutor de specialitate. Medicii spun că mulți dintre români nu au făcut niciodată în viața lor o spirometrie, deși este unul dintre cele mai simple teste și ar trebui făcut cel puțin anual, la fel ca o electrocardiogramă. Spirometria măsoară capacitatea pulmonară – primele semne ale BPOC, de obstrucție, vor apărea pe o spirometrie, chiar dacă pacienții vor avea simptome pe care le ignoră.

„BPOC-ul distruge structura anatomică pulmonară care nu poate fi refăcută niciodată. Sunt distruse pereții alveolelor, e ca și cum într-un apartament nu ai mai avea camere și facem un „open space” care comprimă vasele de sânge. Da, cea mai importantă cauză este fumatul, dar nu doar cel activ, ci inclusiv fumatul pasiv, expunerea într-un mediu provocator cum sunt spațiile închise, vapingul, care nu este cu nimic mai puțin decât țigara clasică, poluarea care devine

inevitabil”, a punctat prof.dr. Roxana Nemeș.

„Spirala morții” și afecțiunile cardiovasculare

În ultimii ani, spun medicii, a apărut pe piață o medicație care funcționează ca un „3 în 1” pentru pacienții cu BPOC și care poate fi dată toată într-un singur inhalator. Este singurul medicament de până acum care a reușit activ să reducă rata de mortalitate, de aceea unul dintre apelurile pe care le fac statului român este să îl compenseze integral. Majoritatea celor care sunt diagnosticați cu BPOC sunt persoane ieșite la pensie, iar compensarea de 50% îi va face adesea să nu îi ducă la bun sfârșit tratamentul, când trebuie să mai scoată circa 100 de lei din buzunar.

„Facem apel la autorități pentru compensarea integrală a acestei medicații. Majoritatea celor diagnosticați cu BPOC sunt pensionari, pentru că nu avem acces la cei de peste 40 de ani să îi depistăm mai devreme, din primele faze. Fiind fumători, nu își dau seama că tusea și expectorația sunt simptome ale unei boli, ci doar agravarea dispneei, când rămân fără aer, îi aduce la spital. Și infecțiile din copilărie sunt foarte importante fiindcă ele se regăsesc în structura pulmonară pe care o avem



Prof.dr. Roxana Nemeș

ca adult. Chiar și infecțiile din cursul vieții experimentează suprainfecții respiratorii, de aceea este foarte importantă vaccinarea cu vaccin pneumococic, dar și cu cel antitripal”, a detaliat prof.dr. Roxana Nemeș.

Cifrele pentru pacienții diagnosticați cu BPOC, mai ales după o exacerbare, sunt îngrijorătoare. În primele cinci zile, un pacient internat care a suferit o exacerbare severă sau moderată a bolii are risc dublu de a face un infarct miocardic, arată datele prezentate de prof.dr. Roxana Nemeș. 39% dintre decesele de BPOC



sunt completate de cauze cardiovasculare, agravate de complicațiile date de BPOC. Este o „spirală a morții”, punctează specialistul, în care oamenii se adâncesc din ce în ce mai puternic, pierzând din ce în ce mai multă funcție respiratorie odată cu agravarea în boală, iar de cele mai multe ori aceasta nu mai poate fi recuperată. Unii pacienți nu își permit costurile medicamentelor „Avem o cămară de aer din punct de vedere funcțional din care tot luăm.

de la momentul exacerbării. Și este greu de privit pentru că aceste exacerbări pot fi prevenite și evitate, dacă boala este depistată din timp. În realitate, 50% din pacienții cu BPOC pot fi subdiagnosticați. Noi facem campanii de spirometrie gratuite, la nivelul Societății Române de Pneumologie, care sunt prea puține pentru ceea ce înseamnă acest iceberg: pacientul cu BPOC nedidiagnosticat și lăsat într-o mare de pacienți cu simptome care ajung târziu la medic”, a completat prof.dr. Roxana Nemeș.

„Pierdem zeci de mii de pacienți pe care i-am putea salva“

Ce ar trebui să facă pacienții pentru a recunoaște boala? În primul rând să își facă o spirometrie periodic, iar atunci când recunoștească dispneea, lipsa de aer, să acționeze, pentru că este un simptom foarte important. Dacă pacienții sunt opriți de la o exacerbare care le poate pune viața în pericol, spune medicul, atunci evită să aibă un astfel de istoric și un profil pe care și l-ar păstra, de altfel, toată viața. Fiindcă cine face o astfel de criză o dată, este predispus în permanență la o recădere.

Iar medicii nu știu gravitatea unui caz până nu ajunge pacientul respectiv la spital, fiindcă un procent mare de persoane aleg să se trateze

singuri, acasă, atunci când fac o astfel de criză medie ca intensitate. Ulterior, statistica arată că un pacient din cinci moare în primul an după spitalizare când trece printr-o exacerbare severă. Studiile foarte ample, realizate pe cohorte mari de pacienți timp de mai mulți ani, arată că doar 50% dintre pacienții care au suferit o exacerbare severă mai erau în viață la o medie de 3,6 ani de când s-a produs această criză.

„Pierdem zeci de mii de pacienți, inclusiv la nivel mondial, pe care am putea să îi repositonăm. Dincolo de impactul major de infarct miocardic în primele zile cinci zile de la internare, există și un risc cu 40% mai crescut de accident vascular cerebral în același interval. Toate se adaugă la aceste spirale, indiferent dacă au fost comorbidități cardiovasculare sau nu. Inima va fi afectată. În ultimii ani, riscul de deces a crescut cu 80% la exacerbarile moderate, iar dacă ai două astfel de exacerbări e echivalent cu una severă și poate că nu ai mers la ambule la spital și vii doar când te agravezi. Mortalitatea la boala după prima exacerbare este de 23% la un an și de 70% la șapte ani. Riscul de deces este maximum în prima săptămână de la internare și rămâne ridicat în primele trei luni de la spitalizare”, a conchis prof.dr. Roxana Nemeș.

„Mai poți face doi pași, dar și ăia cu dificultate”. Cum arată profilul pacientului din Iași, diagnosticat cu BPOC

Ia DUMITRESCU

Dr. Radu Crișan Dabija, managerul Spitalului de Pneumoftiziologie din Iași, povestește că statisticile de acum zece ani prognozau că până în 2020 BPOC va reprezenta la treia cauză de mortalitate în lume. Medicul spune că la vremea respectivă anul 2020 părea îndepărtat și statistica la fel. Acum, în 2024, previziunile de atunci s-au adevărat, în continuare numărul de pacienți cu BPOC fiind în creștere, și nu există un orizont de îmbunătățire a acestei situații. Specialistul spune că în România boala este uneori greu de diagnosticat deoarece pacienții au diverse explicații pentru simptomele pe care le prezintă.

„Cel mai comun simptom al BPOC este lipsa de aer la efort care crește progresiv. În timp, respirația devine din ce în ce mai mică. Tusea, care devine cronică, este de asemenea apanajul pacientului cu această afecțiune. Din nefericire, foarte multe persoane cu tuse cronică pun acest simptom pe seama aerului condiționat din timpul verii sau a frigului resimțit iarna. Tusea cronică, mai ales cea matinală, este un semn de alarmă. Deseori pacientul este adus la spital ca urmare a agravării simptomelor. Devine extrem de agitat, nu se mai oxigenează, tusea este chinătoare și în urma investigațiilor este pus diagnosticul de BPOC”, a explicat dr. Radu Crișan Dabija.

Inima lucrează pentru a suplini plămânii și, în timp, va fi afectată

Specialiștii spun că bronhopneumopatia obstructivă cronică este o boală grea, cronică și progresivă, iar pacientul ajunge la un moment dat să nu mai poată să facă decât 2 pași și aceia cu dificultate. Ajunge să aibă nevoie de oxigen, uneori și în regim continuu, mai ales în timpul somnului.

Dr. Radu Crișan Dabija atenționează asupra faptului că BPOC vine la pachet și cu anumite probleme conexe. El spune că acești pacienți nu mai pot să facă mișcare, se îngrășă foarte mult, pot face diabet, iar fumătorii dezvoltă uneori forme de cancer pulmonar. Una dintre cele mai

comune afecțiuni conexe cu BPOC este cordul pulmonar cronic sau insuficiența cardiacă de cauză pulmonară. „Plămânii și inima sunt două organe extrem de legate. Pacienții cu BPOC fac de multe ori tulburări cardiovasculare inclusiv tulburări de ritm, dar cel mai frecvent întâlnit este cordul pulmonar cronic. Vorbim de felul în care inima reușește să suplinească prin mișcările ei lipsa activității pulmonare, adică să pompeze mai repede, să pună presiune mai multă pentru că este oxigen mai puțin și acesta trebuie să ajungă la organele vitale. În timp și inima va suferi modificări ireversibile. Pacientul cu BPOC va avea la un moment dat și o boală cardiovasculară”, a avertizat specialistul.

La Iași, 40% dintre bolnavii de la Pneumoftiziologie au diagnostic de BPOC

Managerul Spitalului de Pneumoftiziologie spune că 40% dintre pacienții internați aici sunt diagnosticați cu diverse forme de BPOC și au și alte comorbidități. „Tratamentul este format dintr-o combinație de bronhodilatatoare care ajută într-o mică măsură pacientul. Deși este o terapie care ar trebui să dilate bronhiile, acestea anatomic nu mai pot fi atât de mult dilatate. În schimb la un pacient cu astm, care nu are niște modificări de mucoasă la început așa de importante, un bronhodilatator îl aduce la starea

anterioară de normalitate. În BPOC însă bronhodilatatorul are o minimă acțiune. Din acest motiv se adaugă două sau trei bronhodilatatoare care acționează prin mai multe tipuri de receptori. În trecut în tratamentul BPOC se puneau și un antiinflamator, un corticosteroid inhalator, dar experiența ultimilor 6-7 ani a demonstrat că beneficiul adăugării acestuia există doar pentru o categorie mică de pacienți”, a punctat dr. Radu Crișan Dabija.

Pacienții, diagnosticați prea târziu

Conform statisticilor actuale puse la dispoziția reporterilor „Ziarului de Sănătate”, vârsta medie de diagnosticare a BPOC este între 40 și 50 de ani, cu un vârf între 58 și 65 de ani. Dr. Radu Crișan Dabija explică faptul că mulți dintre pacienții cu BPOC au un istoric de fumat îndelungat sau de expunere îndelungată la noxe și poluare indoor. Este vorba de fumul generat de arderea de biomasă, de exemplu lemne, coceni, lucru care se întâmplă frecvent în zona rurală. Medicii spun că există situații în care pacienții diagnosticați cu BPOC au nevoie de să primească oxigen suplimentar deoarece ei dezvoltă, ca o consecință a bolii, insuficiență respiratorie. Aceasta devine cronică, iar pacientul nu își poate asigura necesarul de oxigen și are nevoie de această sursă suplimentară care se prescrie în anumite parametri, conform unui protocol. „Se măsoară saturația cu un pulsximetru, se

efectuează o analiză a gazelor sanguine, se face o puncție arterială și se măsoară concentrația de oxigen și dioxid de carbon din sângele pacientului. Bolnavii cu BPOC nu își pot asigura necesarul de oxigen, dar nici nu pot elimina dioxidul de carbon. Deseori, în formele severe, au nevoie de ventilație non-invasivă, deoarece au o creștere a dioxidului de carbon în sânge atât de mare încât pot intra foarte ușor în comă hipercapnică ce poate fi letală. O criză de BPOC sau un pacient care nu ia tratamentul și nu este monitorizat de către medic poate să moară în felul acesta. Inclusiv oxigenul administrat în exces peste ceea ce a prescris medicul unui pacient cu BPOC poate determina coma hipercapnică”, a completat dr. Radu Crișan Dabija.

Importanța terapiei cu oxigen și a programelor de recuperare

Medicul a explicat că la nivelul județului Iași există mai multe companii care pot furniza concentratoarele de oxigen și care asigură și mentenanța aparatelor. Terapia la domiciliu cu oxigen pentru pacienții cu BPOC este deontat de CAS, dar pentru a beneficia de aceasta pacienții trebuie să se interneze mai întâi în spital unde vor primi prescripția de oxigen. Urmează să vină la reevaluare după trei luni. Unui astfel de pacient i se refac investigațiile medicale și se hotărăște dacă mai are sau nu nevoie de oxigen la domiciliu. Există numeroase dovezi care arată că reabilitarea pulmonară îmbunătățește calitatea vieții pacienților cu BPOC și încetinește progresia bolii, explică managerul. În Iași există o asemenea clinică de reabilitare respiratorie la Spitalul de Recuperare.

„Cel mai bun centru și cu rezultate foarte bune este centrul din Timișoara unde profesorul Cristian Oancea a făcut eforturi pentru acești pacienți cu BPOC și are rezultate extraordinare. Chiar și eu am trimis acolo pacienți care erau oarecum la limită și care au făcut progrese importante”, a conchis managerul Spitalului de Pneumoftiziologie din Iași.

Lupta pneumologilor cu fumatul s-a mutat la țigările electronice. Sunt la fel de periculoase, dar mult mai puțin reglementate

Medicii pneumologi care au luptat zeci de ani pentru convingerea populației asupra riscurilor fumatului au acum în față o nouă provocare: țigările electronice sau cele cu tutun încins. Spre deosebire de alți ani, acum provocarea este dublă: în unele țări, precum Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, unde o parte a corpului medical promovează țigările electronice ca mijloc de renunțare la fumatul clasic, considerat mult mai nociv.

Dar dr. Florin Mihălțan, medic primar pneumolog, spune că nu există dovezi care să arate vreun beneficiu pentru fumatul electronic. Ba mai mult, s-a văzut că în unele cazuri acestea afectează corpul uman la fel de puternic ca țigările clasice, deși în feluri diferite, iar ultimele studii aparute în domeniul arată că nu sunt eficiente nici pentru lăsarea de fumat, ci nasc noi dependențe, pe lângă cea de tutunul clasic.

Dependența de nicotină

Cel mai mare risc, explică medicul, este de a deveni dependent de nicotină și de a deveni dependent de fumatul electronic. În mod normal, ar trebui să aibă nicotină și elemente aromatizante în cantități standard. Doar că ele diferă, nefiind o reglementare, cum diferă și legislația internațională pe seama lor: pot fi fumate în spații publice, inclusiv închise, iar fumatul pasiv în urma unor astfel de dispozitive este la rândul său nociv.

„Nicotina este esențială pentru funcționarea normală a organismului și este un component important al țigărilor de tutun, care în 16 secunde străbate membrana din creier, să ajungă la receptor.



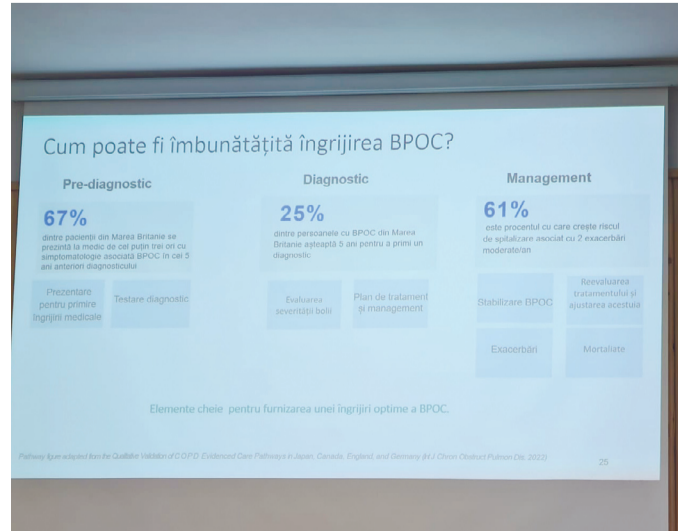
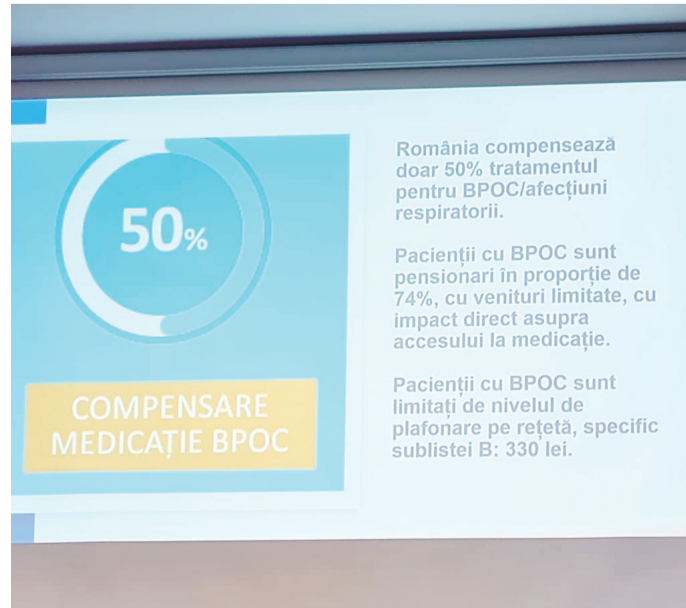
„Am un caz din SUA cu un copil de 22 de ani cu dublu transplant de plămâni după ce a fost pe un tip de asistență numită ECMO, după un consum intens de țigară electronică. Încep să apară mai multe cazuri, există o reacție a societăților profesionale, cardiologilor au o reacție pozitivă, iar astăzi observăm o creștere falsă a consumului la adolescenți, pe plan mondial”, a punctat tdr. Florin Mihălțan.

Medicul a spus că sunt și studii care demonstrează că vapatul pasiv este periculos, că există efecte cardiovasculare multe. Și o urmărire a pacienților care au încercat să renunțe la fumatul clasic folosind țigările electronice a scos în evidență că aceștia, în mare, au eșuat, doar 6% reușind acest lucru, și acum au două dependențe.

Compuși din cartușe, găsiți în țigări

Medicul a explicat că aceiași compuși toxici existenți în tutunul convențional se regăsesc și în țigara electronică, dar în doze mai mici. Însă studiile arată că țigările electronice introduc în organism unele particule de metal în doze foarte mari: cum ar fi fier, aluminiu sau cupru. Iar specialistul crede că industria tutunului a câștigat creșterea discuțiilor pro și contra, lăsându-se impresia generală că e un subiect dezbătut și că doar abordarea diferă, nu că vorbim de produse toxice pentru organism.

„Expertii care susțin că este mai puțin dăunător, că este o modalitate de control a fumatului, cei care sunt împotriva spun că sunt alte motive în spate, practic se încearcă renormalizarea fumatului în spațiile publice. Așa cum industria tutunului folosea medici acum 40 de ani care spuneau că fumatul este sigur, așa se întâmplă și astăzi. Dar în țigara electronică se regăsesc elemente care sunt și în cartușe, toxice”, a completat expertul.





Colonizarea digestivă timpurie a nou-născuților și copiilor mici

Dr. Demetra Simona Axinte, medic primar Pediatrie, medic specialist Neонатologie, competență în Homeopatie clinică, Arcadia: Colonizarea digestivă timpurie a nou-născuților și copiilor mici cu E. coli, Klebsiella pneumoniae, Clostridium difficile reprezintă o



colită pseudomembranoasă și megacolon toxic.

Cunoașterea și înțelegerea dezvoltării și funcționării microbiomului intestinal împreună cu tratamentul homeopat țintit reprezintă strategii imbatabile în dezamorsarea unui mare pericol medical.

Orice colonizare cu Klebsiella nu poate fi distrusă cu antibiotice, ci doar ușor suprimată, tratamentele agresive cu antibiotice transformând-o într-un dușman de temut. Atrage după sine o mare familie de probleme: colonizări accesorii cu Clostridium, E. coli. O astfel de infecție trebuie atent urmărită și poate fi forțată să revină în mediu comensal, Klebsiella fiind de fapt o bacterie cameleon/opportună, un comensal (microorganism care trăiește pe/in organismul uman fără a cauza daune) care știe să devină patogen în anumite cazuri.

Colonizările neadevurate la nivel intestinal duc la instalarea sindromului de intestin permeabil, manifestat prin creșterea permeabilității intestinale, ceea ce facilitează trecerea patogenilor din intestin în sistemul circulator. Sindromul de intestin permeabil favorizează ulterior apariția alergiilor alimentare și a dermatitei atopice.

În fața oricărui copil alergic, nu este suficient să ne consolăm cu descoperirea unui aspect clinic (specific alergiilor cu sau fără transmitere familială), ci este mai important să găsim triggerul care de multe ori este dat de colonizarea intestinală anormală pentru segmentul de vârstă în care se află pacientul. Anamneza atentă și interpretarea corectă a analizelor de laborator - microbiom intestinal, coproculturii - sunt pietre de temelie în ghidarea și tratarea corectă a colonizărilor aberante intestinale.

Principiile de tratament homeopat vin în sprijinul micilor pacienți cu planuri terapeutice clare și atent documentate utilizând **nosodele intestinale** (remedii cu origine biologică preparate din culturi microbiene, ce au drept scop atât reglarea și echilibrarea florei intestinale, cât și o acțiune directă asupra Klebsiella, E. coli și Clostridium. Pe lângă aceste metode de tratament se mai adaugă principiul de bază al homeopatiei, bazat pe tratament individualizat conform tipului sensibil al pacientului astfel încât vindecarea să fie blândă și lipsită practic de reacții secundare.

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

- E. coli: diaree severă, crampe, vărsături, dermatită atopică;
- Klebsiella pneumoniae: pneumonie, meningită, infecții ale plăgilor și rănilor, infecția sângelui, reflux gastroesofagian, intoleranță alimentare;
- Clostridium difficile: de la forme ușoare de boală diareică acută până la

Speranțe pentru tratarea glioblastomului cerebral?

O echipă de oameni de știință americani de la Institutul de Cercetare Biomedicală Fralin a identificat o cale celulară cheie în glioblastom, deschizând potențial noi căi pentru terapie.

Pentru mulți pacienți cu un tip mortal de cancer cerebral numit glioblastom, rezistența la chimioterapie este o mare problemă.

Tratamentele standard actuale, inclusiv chirurgia, radioterapia și chimioterapia care utilizează medicamentul temozolomidă, au o eficacitate limitată și nu s-au schimbat semnificativ în ultimele cinci decenii.

Deși temozolomidă poate încetini inițial progresia tumorii la unii pacienți, de obicei, celulele tumorale devin rapid rezistente la medicament.

Acum, cercetătorii de la Virginia Tech (VT) din cadrul Institutului de Cercetare Biomedicală VTC Fralin s-ar putea să fi făcut un pas mai aproape de o soluție.

Folosind culturi de celule de glioblastom, inclusiv celule stem de glioblastom derivate din specimenle de la pacienți, și cu modele de soarece de laborator care adăpostesc celule canceroase umane, oamenii de știință au identificat o cale de semnalizare moleculară eficientă despre care se crede că este crucială pentru supraviețuirea celulelor canceroase în timpul tratamentului cu temozolomidă.

Descoperirile sunt acum disponibile online în iScience, o revistă cu acces liber a editurii Cell Publishing.

„În ultimii 50 de ani, opțiunile de tratament pentru glioblastom au rămas în mare parte neschimbate, bazându-se pe chirurgie, radiatii și temozolomidă”, a declarat Zhi Sheng, autor principal al studiului și profesor asistent la Institutul de Cercetare Biomedicală Fralin.

„Cu toate acestea, eficacitatea temozolomidei este limitată, iar rezistența la chimioterapie se dezvoltă în

mod inevitabil la pacienți. Deoarece este singura chimioterapie aprobată disponibilă în prezent care poate ajunge în mod eficient la creier, găsirea unor modalități de a-i restabili eficacitatea este crucială pentru a aborda eșecul tratamentului în cazul glioblastomului”, precizează cercetătorul.

Echipa VT a examinat calea de semnalizare moleculară a fosfoinositidei 3 kinazei (PI3K), care este ca un sistem de comunicare în interiorul celulelor. Aceasta le spune celulelor cum să crească, să supraviețuiască și să se dividă. Atunci când această cale este activată, poate promova creșterea cancerului, astfel încât oamenii de știință și medicii cred, în general, că blocarea ei ar putea fi o modalitate de tratare a cancerului.

Însă rezultatele de până acum nu au avut succes.

În noua cercetare, oamenii de știință de la Institutul de cercetări biomedicale Fralin

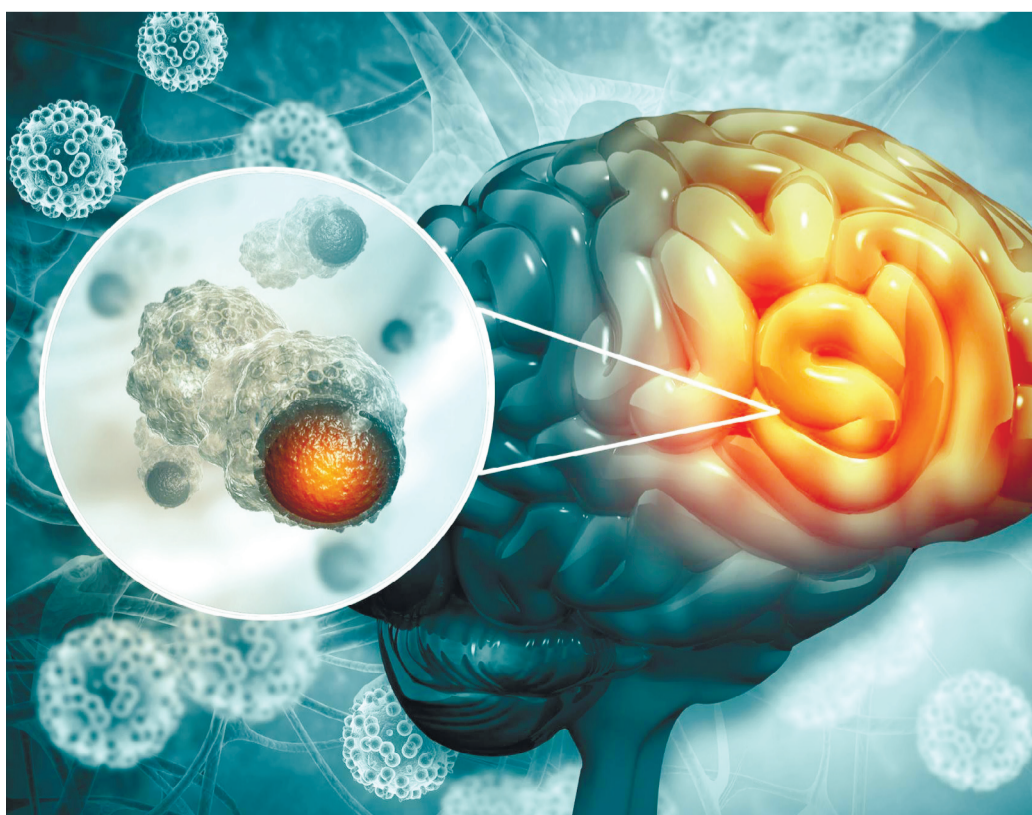
au descoperit că la unii pacienți cu cancer cerebral care nu au răspuns la tratament, o formă specifică a proteinei de semnalizare numită PI3K-beta, care ajută la reglarea proceselor celulare, avea un nivel ridicat.

Atunci când au blocat doar PI3K-beta în culturile de celule și în modelele de soarece care adăposteau celulele canceroase, celulele tumorale au devenit mai sensibile la tratamentul cu temozolomidă.

În plus, utilizarea unui medicament care blochează PI3K-beta împreună cu tratamentul obișnuit a încetinit creșterea celulelor canceroase.

Cercetătorii nu sunt siguri de ce diferitelor forme de PI3K, deși au o structură foarte asemănătoare, fac lucruri diferite în organism.

„Motivul pentru care credem că tratamentele anterioare care au vizat calea PI3K au eșuat este că nu au făcut distincție între PI3K-beta și proteinele sale înrudite”, a explicat Sheng.



„Această cercetare arată că PI3K-beta este specifică glioblastomului, ceea ce o transformă în ținta crucială pentru un tratament eficient”, a precizat cercetătorul de la VT.

În continuare, depășirea barierei hemato-encefalice rămâne un obstacol pentru livrarea inhibitorilor PI3K-beta în creier, ceea ce va fi crucial pentru transpunerea rezultatelor în clinică pentru a ajuta pacienții.

„Vom rezolva aceste probleme în studiile noastre viitoare”, a precizat Sheng.

Specimenele de celule au fost furnizate de Clinica Carilion. Rezultatele studiului se bazează în parte pe datele generate de rețeaua de cercetare Rețeaua Atlasului genului cancerului, harta de dependență, expresia genotipurilor țesuturilor și Atlasului gliomului. Cercetarea a fost susținută de Institutul Național de Sănătate (NIH) din Statele Unite.

Răgușeala care persistă poate fi un motiv serios de îngrijorare

Doina Popa, Iași: „Vă scriu pentru că am observat modificări ale glasului soțului meu. De mai multe luni este răgușit și, uneori, tușeste fără să fie răcit. Este adevărat, soțul meu a lucrat în armată, ca atare este învățat să vorbească tare, dar este și un fumător înrăit. Medicul de familie i-a spus că ar putea avea o laringită și i-a recomandat să meargă la un medic ORL-ist. Vă rog să îmi spuneți cât de severă poate fi această laringită și dacă se poate complica și mai mult”.

Conf. Univ. Dr. Cristian Mărtu, medic primar Clinica ORL, Spitalul Clinic de Recuperare, Iași: „Laringita este o afecțiune care se produce prin inflamația mucoasei laringelui. Laringita poate să fie acută sau, dacă durează mai mult de 3 luni, să devină cronică.

Laringita este mai frecventă la bărbați din cauza iritației mucoasei laringiene prin fum, consumarea de băuturi alcoolice, prin profesie (cei care lucrează în atmosferă de pulberi, praf, vapori iritanți), factori de risc asociați (sindrom obstructiv nazal, boala de reflux gastro-esofagian) dar și prin supra-solicitarea vocii.

Există o serie de factori predispozanți externi, precum frigul, umezeala, aerul supraîncălzit și uscat, pulberi. Ca factori predispozanți interni pot fi carentele alimentare, afecțiuni hepatice și renale, inflamații repetate ale rinofaringelului, amigdalelor, sinusurilor.

Insist în mod deosebit asupra rolului nefast pe care îl are fumatul, mai ales dacă se combină și cu consumul de alcool, în producerea și cronicizarea laringitei și, ulterior, în unele situații, în transformarea procesului inflamator laringian în proces malign.

Laringita cronică poate fi cauzată și de refluxul gastroesofagian. Rareori se întâlnește în afecțiuni precum tuberculoză (laringită tbc), sarcoidoză, sifilis, sclerom, sau în boli autoimune (amiloidoză, granulomatoză Wegener).

Laringitele cronice se pot prezenta sub mai multe forme: laringita catarală cronică, laringita cronică hipertrofică cu aspect mixomat, laringita pahidermică albă și laringita pahidermică roșie. Ultimele două forme de laringită trebuie urmărite și tratate cu mare atenție din cauza posibilității de malignizare.

Sindromologia laringitei cronice este dominată de modificările vocii care pot varia de la fonastenie (vocea oboștește), la voce aspră, rugoasă, răgușeala accentuată, până la pierderea vocii.

Pacientul poate prezenta senzație de arsură în zona laringelui, prurit (mâncărimi), senzație de corp străin. Un alt simptom destul de frecvent este nevoia de dregere a glasului (hemaj). Tusea este un alt simptom și poate fi productivă sau uscată. Rar se poate întâlni dispneea în formele hipertrofice pseudo-mixomatoase.

Primul PET scan specific tuberculozei ar putea permite un tratament mai eficient al bolii

O modalitate mai precisă de scanare pentru tuberculoză (TBC/TB) a fost dezvoltată de un grup de cercetători britanici și americani, utilizând medicina nucleară, respectiv tomografia cu emisie de pozitroni (PET).

Echipa, formată din reprezentanți ai Institutului Rosalind Franklin, ai universităților Oxford și Pittsburgh și ai Institutului Național American de Sănătate (NIH), a dezvoltat un nou radiotrasor, care este absorbit de bacteriile TB vii din organism.

Radiotrasorii sunt compuși radioactivi care emit radiații ce pot fi detectate de scanere și transformate într-o imagine 3D.

Noul radiotrasor, denumit FDT, permite utilizarea pentru prima dată a scanărilor PET pentru a identifica cu precizie când și unde boala este încă activă în plămânilor unui pacient.

Cercetătorii au supus noul radiotrasor unor teste preclinice extinse, fără efecte adverse, iar acum acesta este gata să intre în faza I de testare pe oameni. Cercetarea a fost publicată în revista Nature Communications.

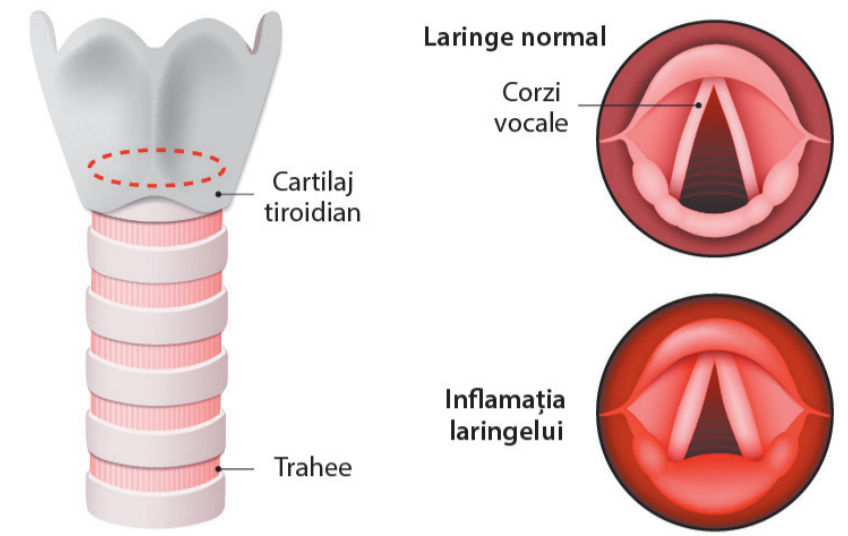
În prezent, există două metode de diagnosticare a tuberculozei: testarea bacteriei TB în saliva unui pacient sau o scanare PET pentru a căuta semne de inflamație în plămâni, utilizând radiotrasorul comun FDG.

Cu toate acestea, un test la salivă poate fi negativ cu mult înainte ca boala să fi fost tratată complet la nivelul plămânilor, ceea ce ar putea determina pacienții să încheie tratamentul prea devreme.

Scanarea inflamației poate fi utilă pentru a vedea amplasarea bolii, dar nu este specifică tuberculozei, deoarece inflamația poate fi cauzată de alte afecțiuni.

Inflamația poate persista în plămâni și după ce bacteriile TB a fost eliminată, ceea ce poate duce la continuarea tratamentului mai mult decât este necesar.

LARINGITA



Diagnosticul nu trebuie stabilit numai prin simpla constatare a disfoniei mai îndelungate, deoarece acest simptom este comun mai multor afecțiuni (tumori, tbc laringian, alergie).

Diagnosticul va fi stabilit doar de specialist, acesta fiind capabil să pună diagnosticul corect în cazul unei disfonii care durează mai mult de 3 săptămâni.

Examenul direct al laringelui se poate face cu o oglindă specială (oglină laringiană), fie prin fibroscopie, care presupune introducerea unui „tub”, de obicei prin nas, până la nivelul laringelui, sau endoscop rigide (70 grade). Cu această tehnică se poate filma laringele, observându-se dinamica corzilor vocale în fonatie.

Dacă este necesar, examenul se poate realiza prin otolaringoscopia suspendată care se efectuează sub anestezie generală, și permite un examen în detaliu al endolaringelui la microscopul operator cu posibilitatea de prelevare de probe de țesut (biopsie). Acest examen este necesar mai ales în cazurile suspecte, când există o ulceratie, o proliferare sau o diminuare a mobilității corzilor vocale.

La examenul laringoscopic, în cazul laringitei catarale cronice, se constată roșeață difuză și edem la nivelul corzilor vocale. Există frecvent secreții vâscoase aderente, albicioase, care îl fac pe pacient să tușească și să-și dregă glasul.

Laringita cronică hipertrofică cu aspect mixomat se întâlnește frecvent la fumători cu afecțiuni cronice rinosinuzale și faringiene. Corzile vocale prezintă un edem alb translucid gelatinos. Nu se constată zone de cheratoză.

Laringitele pahidermice roșii și laringitele pahidermice albe includ mai multe forme anatomopatologice, dintre care unele trebuie urmărite cu mare atenție, deoarece există posibilitatea dezvoltării unui proces malign. Dacă sunt diagnosticate aceste forme de laringită, pacientul va trebui să fie informat de posibilitatea transformării

maligne și să urmeze întocmai indicațiile medicului specialist.

În ceea ce privește tratamentul, apariția disfoniei impune o serie de măsuri precum evitarea vorbirii chiar în șoaptă, evitarea alimentelor picante, hidratarea cu lichide calde, gargară, umidifierea aerului din încăperea.

Este esențială suprimarea factorilor iritativi. Se recomandă schimbarea locului de muncă la cei care lucrează în mediu cu praf și pulberi sau respiră vapori toxici. Se interzice fumatul și alcoolul. Pacienții sunt sfătuiți să urmeze cure termale cu ape alcaline sau sulfuroase.

În caz că există focare de infecție se recomandă suprimarea acestora (sinuzite, amigdalite, adenoidite).

Episoadele infecțioase vor fi tratate prin antibioterapie asociată cu corticoizi, conform indicației medicului. În funcție de leziune, uneori este necesar tratament chirurgical pentru leziuni hipertrofice care nu cedează la tratament, sau există suspiciunea unei leziuni cu tendință de degenerare malignă. În acest caz, zona suspectă va fi excizată și trimisă la examen anatomopatologic, care va preciza diagnosticul.

Este important ca acești pacienți să urmeze și un tratament foniatric, pentru revenirea și consolidarea vocii, mai ales în cazul profesioniștilor vocali.

O laringită sau disfonie care nu cedează după 3-4 săptămâni, cu sau fără tratament, trebuie obligatoriu investigată de medicul specialist ORL - preferabil prin metode optice sau digitale (endoscop sau fibroscop), cu posibilitatea de înregistrare și salvare a imaginilor.

Supravegherea pacienților cu laringită cronică, mai ales în caz de reapariție a simptomatologiei, se recomandă a se efectua un timp mai îndelungat și cu controale la 3-6 luni, la medicul specialist.

Pentru a ști unde se poziționează în această paletă largă de diagnostic, sfatul meu este ca soțul dvs să meargă la un medic ORL-ist care, în urma investigațiilor, va stabili, ulterior, tratamentul”.



Noua abordare dezvoltată de cercetători este mai specifică, deoarece utilizează un carbohidrat care este procesat numai de bacteriile TB.

Un avantaj cheie al noii abordări este că necesită doar ca un spital să dispună de un control standard al radiațiilor și de scanere PET, care sunt din ce în ce mai răspândite în întreaga lume.

Noua moleculă este creată din FDG prin intermediul unui proces relativ simplu care implică enzime dezvoltate de echipa de cercetare, ceea ce înseamnă că poate fi produsă fără expertiză de specialitate sau laboratoare și, prin urmare, ar fi o opțiune viabilă în țările cu venituri mici și medii cu sisteme de asistență medicală mai puțin dezvoltate.

În aceste țări se înregistrează în prezent peste 80% din cazurile de tuberculoză la nivel mondial și din decesele cauzate de această boală.

În 2021, 10,6 milioane de persoane s-au îmbolnăvit de tuberculoză și 1,6 milioane de persoane au murit din cauza acestei boli, ceea ce o face a doua cauză de mortalitate infecțioasă din lume, după Covid-19.

„Găsirea unei modalități precise de a identifica când TB este încă activă în organism este importantă nu numai

pentru diagnosticul inițial, ci și pentru a se asigura că pacienții primesc antibiotice suficient de mult timp pentru a ucide boala și nu mai mult”, a declarat profesorul Ben Davis, directorul științific al grupului pentru noua generație de chimie de la Institutul Rosalind Franklin, care a condus cercetarea.

Radiotrasorul comun FDG și enzimile dezvoltate pentru a-l transforma în FDT pot fi trimise prin poștă, a explicat el.

„Cu un minim de formare suplimentară, acest diagnostic eficient ar putea fi implementat în majoritatea sistemelor de sănătate din întreaga lume și, cel mai important, în locurile în care această boală încă face cele mai multe victime”.

FDT permite evaluarea în timp real dacă bacteriile TB rămâne viabilă la pacienții care primesc tratament.

„Nu mai trebuie să așteptăm să vedem dacă pacienții recidivează sau nu cu boala activă”, au specificat cercetătorii.

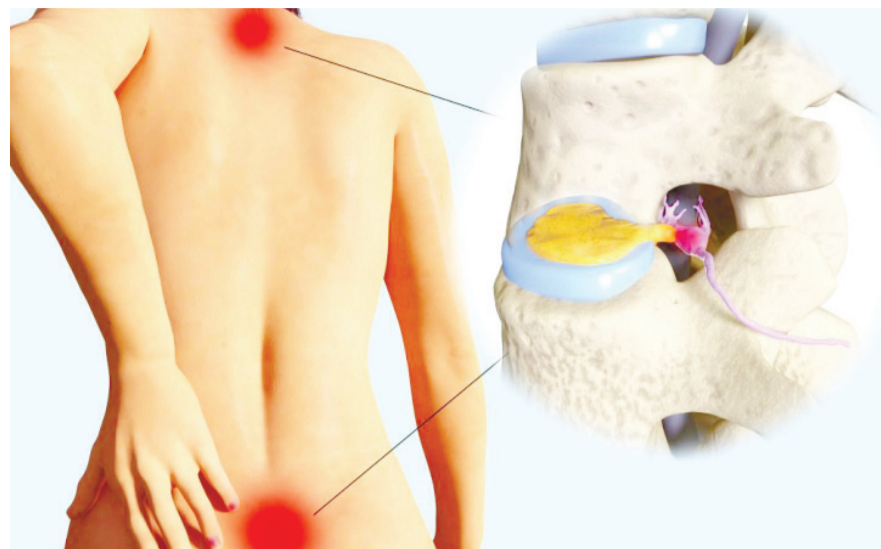
Acest lucru înseamnă că FDT ar putea adăuga o valoare semnificativă studiilor clinice ale noilor medicamente, transformând modul în care acestea sunt testate pentru a fi utilizate în clinică.

Mișcarea și o greutate normală pot ține sub control hernia de disc

Mihaela Filip: „Am 61 de ani și de circa 10 ani am, periodic, dureri ale coloanei vertebrale încât, uneori, nici nu mă mai pot mișca dacă nu fac infiltrații în coloană. Durerea a coborât pe piciorul stâng și atunci când apare mi se blochează gamba și nu mai pot pași. Trebuie să mă așez într-o anumită poziție (pe vine), pentru a se decontracta. De obicei, fac o dată pe an fizioterapie dar, din cauza covidului nu am mai ajuns nici măcar după ce acesta a trecut. În schimb, mă ajută un produs care are multe B-uri și citidină. De teamă să nu se repete crizele iau câte 5-6 luni la rând acest supliment alimentar. Eu am o muncă de birou și, recunoscut, odată cu vârsta, m-am mai și îngreșat, pentru că, oricât m-aș strădui, nu am timp să merg la sală și să fac mișcare. Teama mea este că voi ajunge cât de curând la operație și, sincer, mă tem de intervenția în sine dar și de faptul că am înțeles, de la diferite cunoștințe, că o operație este aproape întotdeauna urmată de o altă”

Dr. Marius Dabija, medic primar neurochirurg, Director Medical la Spitalul Clinic de Urgență „Nicolae Oblu” Iași: „Hernia de disc apare adesea pe măsura înaintării în vârstă, când discurile intervertebrale își pierd o parte din conținutul de apă. Acest lucru le scade flexibilitatea, expunându-le unui risc mai mare de rupere chiar și la un efort mic sau răsucire minoră. Practic este vorba de rezultatul unei uzuri treptate, în timp, pe care o numim degenerarea discului. Un disc herniat înseamnă un fragment al nucleului unui disc care este împins de la locul său înspre canalul spinal prin intermediul unei rupturi sau crăpături a zonei respective. Discurile care herniază sunt, de obicei, într-un stadiu precoce de degenerare. Canalul spinal are un spațiu limitat, care este inadecvat pentru nervul spinal și pentru fragmentul de disc herniat deplasat. Din cauza acestei deplasări, discul apasă pe nervii coloanei vertebrale, producând adesea durere, care poate fi severă. Discurile se pot hernia în orice parte a coloanei, dar sunt mai frecvente în zona lombară, dar se poate întâmpla și în alte zone.

Dacă stai nemișcat mult timp, în șezut sau în picioare, spatelui nu-i place, pentru că el preferă mișcarea și îi place să fii cât mai slab, cât mai sportiv. Atunci când durerile apar după o anumită distanță de mers, ar putea fi vorba de fenomene de stenoză spinală și asta înseamnă că rădăcinile din zona respectivă nu mai au loc suficient în canalul spinal. Se manifestă prin ceea ce noi numim claudicație neurogenă, adică apariția durerii și amorțelilor în picioare, după un anumit perimetru de mers. Practic, după o perioadă de suprasolicitare, în acest caz după o distanță de mers, nervii nu mai primesc suficient sânge și apar durerile. Dacă pacientul acuză aceste dureri după mai puțin de o sută de metri de mers, pentru noi, acest lucru este un factor de indicație chirurgicală și, cel mai probabil, trebuie să lărgim canalul, fie că este foramenul, adică locul prin care iese rădăcina nervoasă din coloană, fie că este canalul vertebral.



Din păcate, după operație, nu ai nicio garanție că ai scăpat de boala asta, iar pacienții care fac încă o dată hernie de disc, fie tot acolo, fie pe partea cealaltă sau la alt nivel, îi vezi că au o mare frustrare. Înăsa este o boală a discului iar în timpul operației scoți doar fragmentul care a cauzat compresiunea, mai cureți un pic din disc, ca să scadă riscul să mai iasă alte fragmente afară, dar disc rămâne. Dacă scoți tot discul intervertebral, dispăre spațiul intervertebral, vertebrale se unesc între ele și se închid foramele, adică locurile prin care ies rădăcinile din coloană și după aceea chiar nu le mai poți recupera, sau foarte greu, cu prețul unei rezecții osoase foarte mari. Și-atunci trebuie să rămână disc, chiar dacă acesta este bolnav și este predispus la herniere. Dacă apare a doua herniere la același nivel, procedăm ca și în prima situație însă, la a treia intervenție se poate pune o proteză în disc și, ca să limiteze cât de mult mobilitatea, se mai pun și două șuruburi în pedicul și o tijă între ele, ca să fixeze bine nivelul respectiv și să scadă riscul de a mai face hernie. De ce nu procedează de la început în acest fel? Pentru că nu este chiar fiziologic să imobilizezi un nivel vertebral, în condițiile în care marea majoritate a celor operați, circa 83%, nu vor face recidivă. Deci, dacă vrei, mitul acesta că dacă ești operat o dată vei mai fi operat și ulterior, este valabil doar în 15%-17% dintre cazuri ceea ce, cred eu, nu este chiar rău. Mai ales că, acum, metodele de operație sunt mai puțin agresive ca înainte, iar pacienții, dacă sunt

din Iași, pot merge acasă și la 2-3 zile după operație, iar la serviciu se pot întoarce într-o lună de zile.

Mi-ai mai spus că durerea a început să coboare pe picior. Ei bine, acest lucru înseamnă că hernia de disc începe să se apropie de o eventuală indicație chirurgicală. Când, însă, a început să comprime nerv. Când, însă, a început să comprime nervul, înseamnă că deja problema devine serioasă și nu te mai poți trata, din când în când, cu antiinflamatoare, și atunci trebuie luate măsuri. Nu neapărat să mergi la un neurochirurg, dar este foarte indicat să mergi la un reumatolog și să începi să faci fizioterapie și kinetoterapie. Am pacienți care și-au făcut un program de kinetoterapie, pe care îl respectă în fiecare zi. Acel complex de vitamine B și citidină pe care îl luați ajută nervul să se adapteze mai bine la situația în care este pus prin atingere, inflamație, compresiune.

Însă, hernia poate să apară oricând, chiar când faci un gest banal sau când tușești. Chiar dacă te protejezi non-stop, aceasta nu este o garanție că o vei face o hernie de disc care să aibă nevoie chiar de o intervenție chirurgicală, dar acest lucru nu trebuie să devină o spaimă. Din punctul meu de vedere, a avea o hernie de disc, nu te împiedică să ai o viață normală. Nu te împiedică să faci un copil, nu te împiedică să faci sport, cu alte cuvinte, toate activitățile pe care vrei să le faci. Practic, avem o viață și nu trebuie să o trăim cu frica asta, de a face hernie de disc.

În concluzie, eu cred mult în păstrarea unei greutăți corecte. Mai ales când știi că ai probleme cu coloana vertebrală, trebuie să faci mișcare cât mai multă. Dacă avei muncă de birou, la fiecare 50 de minute faceți câteva mișcări de relaxare. Este suficient doar să mergi 5 minute și să deblochezi un pic spatelui. Orice fel de mișcare ajută. Numai să vrei să o faci”

specialiștii estimează că aproximativ 50 de milioane de persoane din întreaga lume sunt purtătoare ale virusului hepatitei C, însă doar 36% au fost diagnosticate. Un procent și mai mic, de 20%, dintre persoanele infectate primesc tratament.

Hepatita C este considerată una dintre cele mai grave forme ale bolii, putând duce la forme acute și cronice și, în unele cazuri, la afecțiuni precum ciroză sau cancer hepatic.

Virusul hepatitei C se transmite prin sânge, în cele mai multe cazuri prin transfuzii realizate fără măsuri de prevenție adecvate, consumul de droguri,

prin intermediul seringilor, sau pe cale sexuală.

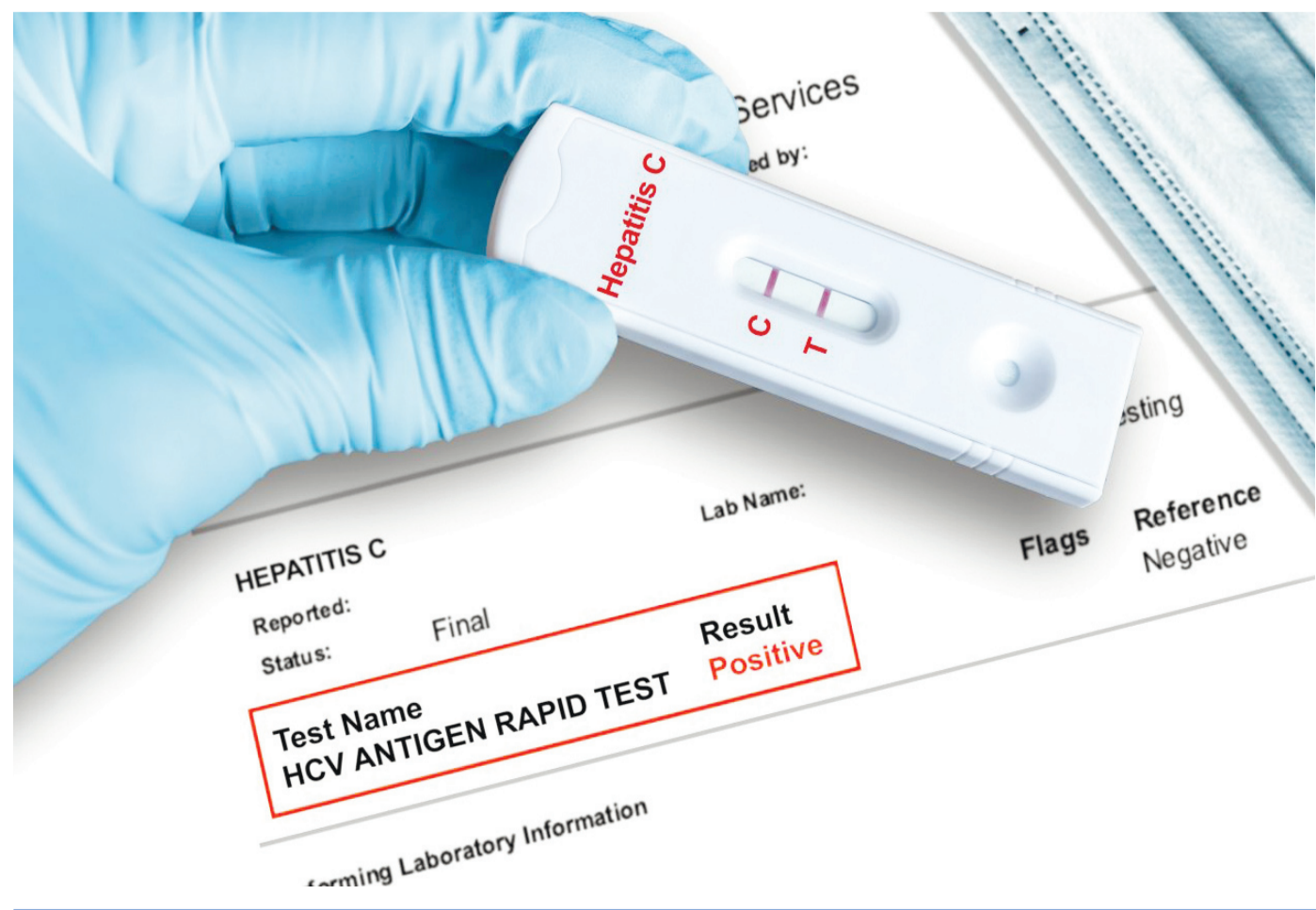
OMS estimează că există un milion de noi cazuri de infectare cu acest virus în fiecare an și că acesta provoacă anual aproximativ 242.000 de decese ca urmare a cancerului hepatic și a cirozei hepatice.

În prezent nu există un vaccin eficient împotriva acestei forme de hepatită, existând vaccinuri doar pentru alte variante, cum ar fi A și B. Antiviralele cu acțiune directă pot vindeca peste 95% din cazuri, însă accesul la tratament este încă limitat în multe țări mai puțin dezvoltate.

Primul autotest pentru diagnosticarea hepatitei C a fost precalificat de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS), ceea ce deschide calea către distribuția testului în rețelele sanitare din întreaga lume, inclusiv în țări mai puțin dezvoltate, relatează agenția de presă EFE, citată de Agerpres.

Testul, numit OraQuick, este o versiune a testului de anticorpi cu același nume, pe care OMS îl precalificase deja în 2017, însă în acest caz poate fi efectuat chiar de pacient.

OMS speră ca noul test să ajute la accelerarea eforturilor globale de eliminare a hepatitei C, în condițiile în care



A fost descoperită o moleculă care ar putea modifica tratamentul diabetului de tip 2

Cercetătorii de la Spitalul pediatric din Philadelphia (CHOP) au descoperit mecanismele din spatele unei anumite molecule implicate în reglarea sensibilității la insulină. Descoperirile, care au fost transpuse de la un model preclinic la un studiu pe oameni, pot servi drept bază pentru o potențială țintă terapeutică în diabetul zaharat de tip 2 legat de obezitate.

Acest nou studiu gravitează în jurul macrofagelor, celule imunitare care elimină celulele moarte și repară țesuturile. Macrofagele din țesutul adipos (ATM) mențin țesutul sănătos și funcționând normal. În timp ce își îndeplinesc funcțiile esențiale, aceste macrofage secretați mici vezicule care conțin molecule importante de semnalizare.

Studiile anterioare au sugerat că funcțiile normale ale macrofagelor ajută la prevenirea bolilor metabolice legate de obezitate, dar mecanismele care stau la baza acestora au fost puțin înțelese. Momentul cheie în acest domeniu de cercetare a fost reprezentat de descoperirea unui micro-ARN - o moleculă mică de ARN necodificatoare, responsabilă de controlul anumitor aspecte ale expresiei genice - numit miR-6236.

Cercetătorii au utilizat un model animal preclinic pentru a studia funcția acestei molecule și modul în care aceasta contribuie la echilibrarea unor dintre efectele nocive ale obezității și ale diabetului zaharat de tip 2 la nivel celular.

„Acest micro-ARN special a fost caracterizat greșit anterior, dar prin intermediul a două modele preclinice de soareci și a unui set mare de date privind persoanele cu risc de boli metabolice, am reușit să confirmăm rolul-cheie pe care îl joacă în reglarea semnalezii insulinii”, a declarat autorul principal al studiului, dr. David A. Hill, medic și cercetător în cadrul Diviziei de Alergie și Imunologie de la CHOP.

Descoperirile de acest gen arată că sistemul imunitar este esențial pentru un metabolism sănătos și sunt promițătoare pentru dezvoltarea de noi tratamente, a precizat medicul.

Studiul arată că miR-6236 este secretat de macrofage în cazurile de obezitate. Atunci când molecula a fost eliminată într-un model preclinic de soareci, au fost observate mai multe efecte negative, inclusiv rezistența la in-

ulină a țesutului adipos, hiperglicemia, hiperinsulinemia și hiperlipidemia.

Cercetătorii au constatat că miR-6236 îmbunătățește sensibilitatea la insulină prin suprimarea PTEN, o genă pe care studiile anterioare au legat-o de obezitate și diabet de tip 2.

În eșantioanele umane, cercetătorii au constatat că miR-6236 a fost printre cele mai detectabile micro-ARN-uri găsite în serul pacienților cu obezitate.

Se crede că macrofagele secretați miR-6236 în timpul obezității pentru a îmbunătăți sensibilitatea la insulină și a reduce riscul de hiperglicemie și intoleranță la glucoză. Ca atare, nivelurile scăzute ale acestei molecule pot indica faptul că pacienții au un risc crescut de diabet.

„Cu aceste informații, peste câțiva ani am putea analiza dezvoltarea micro-ARN-urilor sintetice și, în cazul miR-6236, există posibilitatea ca acesta să poată fi administrat pacienților pentru a îmbunătăți sensibilitatea la insulină și a reduce hiperglicemia”, a declarat dr. Hill.

Descoperirile au fost publicate luna trecută în revista Nature Communications.

O capacitate mentală mai slabă în adolescență ar tripla riscul de AVC înainte de 50 de ani?

Dovezi recente sugerează că există o creștere a cazurilor de accident vascular cerebral (AVC) în rândul persoanelor sub 50 de ani. Potrivit oamenilor de știință, aproximativ jumătate dintre supraviețuitorii unui AVC se pot aștepta să trăiască cu deficiențe fizice și psihologice pe termen lung.

Un nivel mai scăzut de capacitate mentală în timpul adolescenței poate fi legat de o triplă a riscului de a suferi un accident vascular cerebral (AVC) înainte de vârsta de 50 de ani, relevă o cercetare publicată în Journal of Epidemiology & Community Health.

Asociațiile observate au rămas valabile chiar și după luarea în considerare a diabetului actual și limitarea vârstei primului accident vascular cerebral la 40 de ani, ceea ce i-a determinat pe cercetători să sugereze că sunt necesare evaluări mai cuprinzătoare dincolo de factorii tradiționali de risc de accident vascular cerebral pentru a evita invaliditatea și moartea.

Nivelurile scăzute de capacitate mentală în copilărie și adolescență - inclusiv puterea de concentrare, rezolvarea problemelor și învățarea - au fost asociate cu riscuri mai mari de boli cardiovasculare și metabolice pe parcursul vieții, dar constatările au fost inconsistente, notează cercetătorii.

Pentru a consolida baza de dovezi, oamenii de știință au vrut să afle dacă abilitățile mentale din adolescență ar putea fi asociate cu un risc crescut de apariție timpurie a unui AVC într-un eșantion reprezentativ la nivel național de 1,7 milioane de tineri israelieni.

Înainte de a începe serviciul militar, israelienii cu vârste cuprinse între 16 și 20 de ani sunt supuși unei evaluări amănunțite pentru evaluarea aptitudinilor. Acest studiu îi include pe toți cei evaluați între 1987 și 2012.

Pe lângă greutate, tensiunea arterială și prezența diabetului zaharat, alți factori evaluați au inclus nivelul de educație, mediul socio-economic și capacitatea mentală.

Aceasta din urmă include teste pentru măsurarea capacității de a înțelege și de a executa instrucțiuni verbale; abstractizarea verbală și categorizarea (gruparea cuvintelor); capacitatea matematică, concentrarea și gândirea conceptuală; raționamentul abstract non-verbal și rezolvarea problemelor vizuale-spațiale.



decesul, oricare dintre acestea a survenit mai întâi.

Analiza finală se bazează pe 1.741.345 de persoane, dintre care 738.720 (42%) erau femei.

Din totalul de participanți, 12% (312.769) au fost notați ca având un nivel ridicat de capacitate mentală, 70% (1.220.514) ca având un nivel mediu, iar 18% (208.062) ca având un nivel scăzut.

Comparativ cu cei ale căror scoruri indicau un nivel ridicat de capacitate mentală, cei de la celălalt capăt al scalei erau mai susceptibili de a fi supraponderali sau obezi (17% vs 12%), mai puțin susceptibili de a fi absolviți învățământul secundar (82% vs 99%) și mai susceptibili de a fi locuiri într-un cartier defavorizat din punct de vedere social și economic (35% vs 19%) - toți factori de risc pentru bolile cardiovasculare.

Între 2014 și 2018, au fost înregistrate 908 cazuri de AVC, dintre care 767 au fost cauzate de un cheag de sânge (ischemic) și 141 de o hemoragie la nivelul creierului (hemoragie intracerebrală).

Vârsta medie în cazul primului AVC a fost de 39,5 ani (vârsta maximă fiind de 50 de ani).

De asemenea, 45 de persoane au decedat în urma unui AVC (5% din totalul cazurilor), dintre care aproape două treimi (62%) în termen de 30 de zile de la eveniment.

În rândul persoanelor care au obținut un scor scăzut sau mediu în ceea ce privește capacitatea mentală, incidența ambelor tipuri de AVC a fost mai mare, în special cea a accidentului vascular cerebral ischemic.

După luarea în considerare a factorilor cu potențial de influență, persoanele cu o capacitate mentală scăzută aveau de peste 2,5 ori mai multe șanse de a suferi un AVC înainte de vârsta de 50 de ani decât cele cu un nivel ridicat, în timp ce cele cu un nivel mediu aveau cu 78% mai multe șanse de a face acest lucru.

Din cele 767 de cazuri de AVC ischemic, 311 (41%) au apărut înainte de vârsta de 40 de ani.

După luarea în considerare a factorilor cu potențial de a influența rezultatele, acest risc a fost aproape dublu (cu 96% mai mare) în rândul celor cu un nivel mediu de capacitate mentală și de peste 3 ori mai mare în rândul celor cu un nivel scăzut în adolescență.

Riscul sporit a crescut în tandem cu scorul capacității mentale, astfel încât pentru fiecare scădere cu o unitate a scorului (pe o scară de la 1 la 9), riscul a crescut cu 33%.

Cu toate acestea, atunci când analiza s-a bazat doar pe categoriile de capacitate mentală, nu au apărut astfel de asocieri pentru un AVC care implică o hemoragie cerebrală.

Aceste asocieri au rămas valabile chiar și după alte analize aprofundate, inclusiv luarea în considerare a diabetului actual și limitarea vârstei la care a apărut primul AVC până la vârsta de 40 de ani.

Autorii au subliniat faptul că acesta a fost un studiu observațional și, prin urmare, nu poate stabili cauza și efectul.

Cercetătorii recunosc, de asemenea, diverse limitări ale acestor constatări, inclusiv lipsa de informații privind stilul de viață, cum ar fi fumatul, activitatea fizică și dieta, educația superioară și mai mulți determinanți sociali ai sănătății potențial importanți.

„Fără intervenția factorilor de risc la vârsta adultă timpurie, riscul de AVC se acumulează”, au concluzionat autorii analizei.

Potrivit acestora, funcția cognitivă poate servi ca mijloc de stratificare a persoanelor cu risc mai mare de AVC și „de intervenție prin mediatori posibili, cum ar fi alfabetismul în domeniul sănătății, educația și comportamentele legate de sănătate. Furnizarea de sprijin social și asigurarea timpurie a unei stări de sănătate în cazul persoanelor cu o funcție cognitivă mai scăzută ar putea fi esențială pentru atenuarea riscului ridicat al acestora”, mai scriu ei.

Modificare legislativă importantă - Persoanele neasigurate vor putea beneficia de investigații medicale pentru depistarea cancerului

Ancuța POPA

De la 1 iulie au intrat în vigoare noi modificări legislative cu aplicare în specialitatea oncologică. Astfel, printre multitudinea de activități și servicii, peste 120 sunt pentru screening și depistarea cancerului.

Începând cu 1 iulie, au intrat în vigoare noi modificări legislative în specialitatea oncologică. Astfel, din cele 130 de pachete de servicii medicale noi introduse și disponibile în regim de spitalizare de zi, 120 sunt destinate diagnosticului afecțiunilor oncologice. Aceste pachete sunt accesibile atât persoanelor asigurate, cât și celor neasigurate cu suspiciuni de afecțiuni oncologice, pe baza biletelor de trimitere eliberat de medici

lată câteva dintre serviciile medicale standardizate nou introduse:

- Diagnosticul mielomului multiplu, amiloidozei tip lanț ușor, macroglobulinemiei Waldenstrom, bolii de depozitare a lanțurilor ușoare, gamapatiei monoclonale cu etiologie neprecizată
- Diagnosticul Cancerului Colorectal
- Evaluarea extensiei reale a Cancerului de colon
- Diagnosticul cancerului mamar
- Diagnosticul Cancerului de prostată

- Diagnosticul Cancerului bronho-pulmonar
- Diagnosticul cancerului gastric și de joncțiune gastro-esofagiană
- Diagnosticul cancerului hepatocelular
- Diagnosticul cancerului de intestine subțire
- Limfoame
- Diagnosticul cancerului de esofag
- Diagnosticul cancerului endometrial/cancerelor corpului uterin
- Diagnosticul cancerelor de cavitate orală/orofaringe/hipopofaringe
- Diagnosticul cancerelor de parotidă

cul de familie sau de medic specialist din ambulatoriu.

Medicii de familie vor emite bilete de trimitere pentru persoanele neasigurate

Noile reglementări permit medicilor de familie să consulte și persoane neasigurate (servicii deconitate de CNAS) în cazul în care suspectează că acestea ar putea avea o boală oncologică. Astfel,

medicii de familie vor emite pentru persoanele neasigurate bilete de trimitere pentru consultații clinice în ambulatorii și pentru investigații paraclinice (analize medicale și investigații radiologice. Totodată, se vor acorda persoanelor neasigurate servicii pentru depistarea și confirmarea diagnosticului de afecțiune oncologică. Medicii de specialitate pot recomanda diverse servicii realizate de medici din ambulatorii sau unități sani-

tare cu paturi, în vederea stabilirii unui diagnostic.

„Mare parte din modificările normelor Contractului-cadru, valabile de la 1 iunie, se referă la implementarea Planului Național de Combatere și Control al Cancerului. Sunt mai multe servicii introduse, dar ce e mai important de remarcat este faptul că persoana neasigurată poate beneficia de servicii medicale de screening sau servicii medicale de depistare a bolii oncologice.

Persoana neasigurată se poate prezenta la medicul de familie dintr-o zonă arondată, se poate scrie pe listă și astfel poate beneficia de bilet de trimitere pentru consultații clinice sau pentru investigații paraclinice. Medicul de familie raportează serviciile la Casa de Asigurări pentru persoana asigurată și pentru persoana neasigurată, la fel și unitățile medicale clinice, paraclinice sau spitale. Totodată, angajații din aceste instituții sunt obligați să consulte pacienții respectivi, să prezente servicii medicale și să raporteze aceste servicii la Casa de Asigurări”, a declarat Mirela Grosu, managerului Institutului Regional de Oncologie din Iași.

interesați să se prezinte la medicul de familie pentru a primi, în funcție de vârstă și sex, un bilet de trimitere pentru depistarea unei boli cronice. De asemenea, acesta menționează că, prin implementarea Planului Național de Cancer, legiuitorul și-a propus să reducă incidența cancerului și să scurteze perioada de la depistare până la începerea tratamentului medical la maximum 28 de zile lucrătoare.

Unitățile mobile se vor putea deplasa în mediul rural și în zone izolate

Pentru a facilita accesul rapid la servicii medicale necesare stabilirii unui diagnostic oncologic, unitățile mobile vor putea să se deplaseze în teritoriu, în spe-

cial în mediul rural și în zone izolate, unde personalul medical va putea consulta și investiga atât persoane asigurate, cât și neasigurate. De asemenea, persoanele asigurate vor beneficia de servicii psihologice specializate, furnizate de psihologi cu formare complementară în psihoncologie. Până la 30 iunie 2025, va exista o perioadă de tranziție în care serviciile psihologice vor putea fi oferite bolnavilor oncologici și de către psihologi fără formare complementară în psihoncologie.

„Aceste modificări, în vederea implementării Planului Național de Cancer, sunt făcute plecând de la faptul că boala oncologică constituie o povară serioasă financiară asupra serviciilor de sănătate. Boala oncologică

nu ține cont de faptul că ești sau nu ești asigurat, iar costurile ei sunt la fel și pentru unii, și pentru alții. Cu atât mai mult, dacă ești neasigurat și nu ești identificat la timp, costurile vor fi mai mari pentru că prezentarea la medic în vederea tratamentului va fi târzie, cu rezultate mai proaste și cu costuri mai mari. Ține de relația cu medicul de familie, și de încurajarea medicilor de familie de a răspunde acestor cerințe de identificare la timp a bolnavilor oncologici”, a declarat Vasile Cepoi, Medic Primar IRO Iași.

În fiecare zi un ieșean află la medic că are cancer. Dr. Vasile Cepoi, medic primar IRO Iași. „Când cancerul deja se manifestă, e cam târziu“

Ancuța POPA

Medicii de la urgențe au observat o creștere a numărului pacienților care, în urma analizelor, au fost diagnosticați cu formațiuni tumorale sau modificări semnificative ale analizelor. Aceștia susțin că aproape în fiecare zi întâlnesc pacienți cu afecțiuni oncologice care descoperă prea târziu boala lor. Diana Cimpoeșu, medic-șef la UPU-SMURD Iași, afirmă că în ultimele zile au fost identificate zilnic cazuri de cancer pulmonar nedignosticat anterior.

„Incidența cazurilor de cancer a crescut parțial datorită faptului că meto-

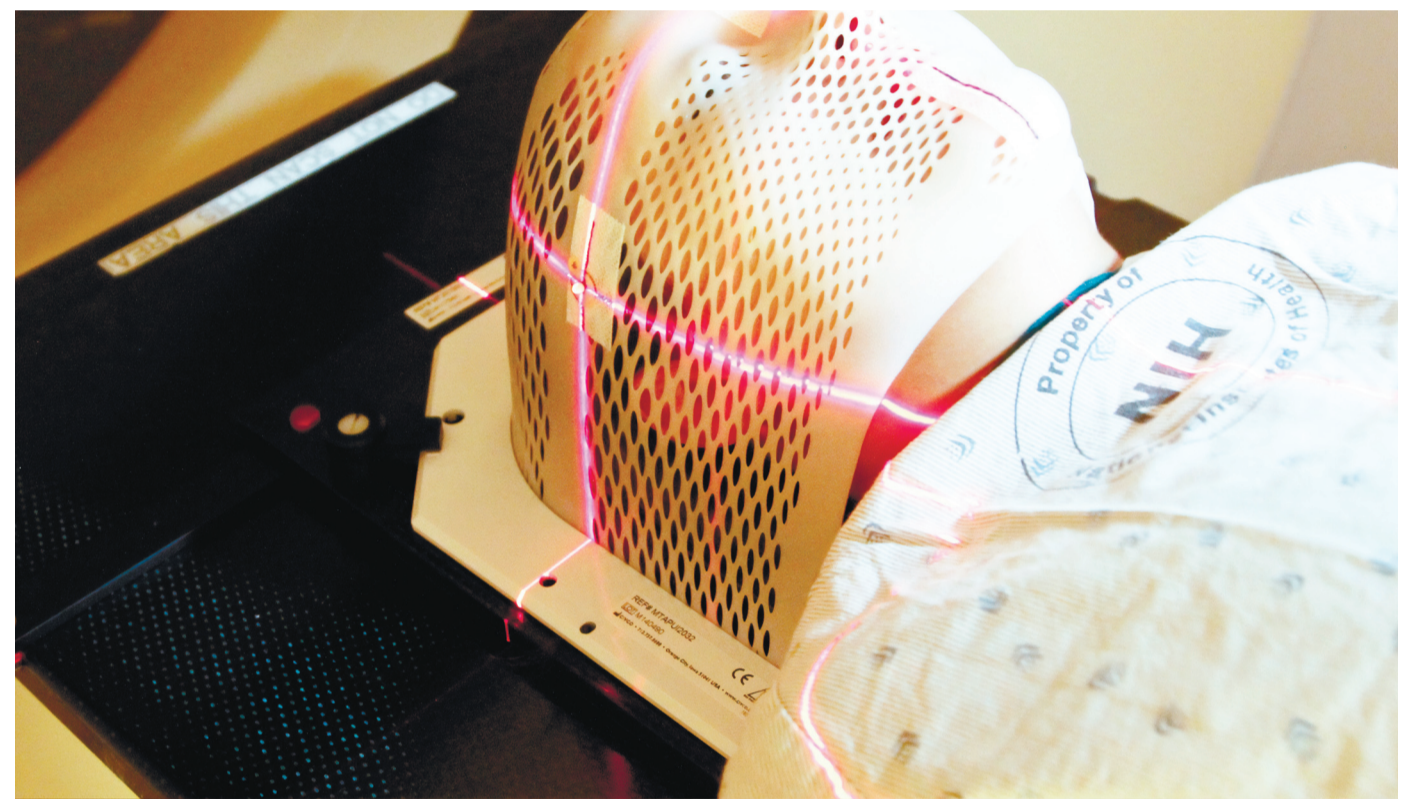
dele, mijloacele de diagnostic s-au îmbunătățit și putem diagnostica mai corect și mai mulți pacienți. Pe de altă parte, se pare că este și o creștere reală a incidenței cancerului. În ceea ce privește cancerul pulmonar, acesta este unul dintre cancerele greu detectabile. El evoluează timp îndelungat asimptomatic, iar în momentul în care este depistat, acesta deja se manifestă clinic, fiind cam târziu. De aceea, evaluarea expunerii la risc a pacienților pentru cancerul pulmonar este esențială pentru a depista la vreme, respectiv fumătorii, pacienții care lucrează în mediul toxic, pacienții care

au tuse neexplicată și care trenează o perioadă de timp”, a declarat Vasile Cepoi, medic primar IRO Iași.

Medicul subliniază necesitatea ca medicul de familie să elibereze tuturor acestor pacienți un bilet de trimitere pentru investigații imagistice. Acesta atrage atenția că tipul de cancer pulmonar nu este singurul cancer dificil de depistat în stadii incipiente, ci și cancerul pancreatic și cel hepatic, care evoluează lent și sunt adesea identificate într-un stadiu avansat când devin simptomele. „Incidența cancerului a crescut și a coborât la vârste foarte mici, ceea ce nu se întâmpla acum mulți ani de zile,

când am început eu meseria de doctor”, a declarat Vasile Cepoi.

Medicul subliniază faptul că în cazul cancerului nu există o cauză directă, însă există factori favorizanți care pot contribui la dezvoltarea sa, însă nu la toți indivizii. Cunoașterea acestor factori de risc ne permite să evaluăm o probabilitate mai mare sau mai mică pentru ca o persoană să dezvolte cancer și să poată fi depistat în stadii incipiente. De aceea, pentru fiecare grupă de vârstă și pentru fiecare tip de cancer există recomandări specifice pentru efectuarea unor investigații în scopul depistării precoce a bolii oncologice.



Se caută soluții pentru „celebra“ aglomerație de pe holurile IRO. Sunt pacienți care vin la spital fără a ști dacă au sau nu cancer

Cătălin HOPULELE

Aglomerația de la intrarea în Institutul Regional de Oncologie este o imagine emblematică a spitalelor din România, cu holurile pline de pacienți care așteaptă în fața cabinetelor. Din ianuarie 2024, echipa IRO încearcă implementarea unui sistem care să reducă această aglomerație, dar se lovește de două probleme majore: inerția sistemului de sănătate publică și lipsa de colaborare a medicilor din principalele spitale din regiunea Moldovei.

Programare făcută de medic, rezultate trimise online

Începând cu ianuarie 2024, Institutul Regional de Oncologie a implementat un sistem prin care atât medicii, cât și pacienții pot să își facă o programare pentru consult de specialitate de pe site-ul instituției – www.iroiiasi.ro. Pacienții se pot programa în ce zi și la ce medic doresc, atât timp cât există disponibilitate în ziua respectivă, în timp ce medicii care tratează persoane suspecte de cancer le pot face ei direct programarea, trimițând și toate documentele medicale aferente online, fie că e vorba de analize de sânge, imagistică sau biopsii.

De ce este importantă programarea? Dr. Vasile Cepoi, fost director al DSP Iași, acum medic primar medicină internă în cadrul IRO Iași, a explicat pentru „Ziarul de Iași” că în momentul de față o parte dintre cei care se prezintă la IRO și așteaptă pe holuri nu au un diagnostic de cancer sau o suspiciune înaltă. Cel mai des aceștia vin cu un bilet de trimitere de la medicul de familie, pe baza unor semne și a unei posibile



afecțiuni depistată de un medic specialist, dar analizele dinaintea prezentării, inclusiv cele imagistice, sau o biopsie care să confirme cancerul, nu sunt realizate. „La noi nu poți face RMN, CT, decât pentru pacienții la care le monitorizăm evoluția, care sunt deja diagnosticați. La cei nedignosticați nu avem capacitatea să facem aceste investigații, astfel încât spitalul la care se prezintă prima dată pacientul ar trebui să fie cel care duce până la capăt investigația, până la diagnostic. Măcar unul prezumtiv, bazat pe imagistică, sau confirmat chiar prin biopsie, cu care pacientul să se programeze la noi, să îl preluăm imediat și să începem tratamentul. Cu ce vine pacientul? Cu un bilet de trimitere pe care îl dă medicul de familie, că a fost la doctorul X de la spitalul Y și i-a spus că s-ar putea să aibă cancer. Și vine doar cu acel bilet de trimitere de la câteva sute de kilometri”.

S-a găsit o soluție pentru cazurile noi, dar unii pacienți tot sunt trimiși acasă

S-au căutat mai multe soluții. Prima dintre ele este

în implementare de mai mult timp: la nivelul unității medicale a fost creat un cabinet de „cazuri noi”, în care lucrează trei medici interniști. Practic, cazuri neprogramate, care vin fără documentația completă sau cu ea parțial-completă sunt luați în primire la acest cabinet și îndrumați.

Li se explică ce le lipsește din dosar, primesc bilete de trimitere ca să-și finalizeze analizele de sânge, să facă un RMN sau un CT, după caz, li se explică ce trebuie să facă, unde trebuie să meargă și cum pot colabora cu medicul care le-a explicat în primă fază că există suspiciunea de cancer.

Doar că, la stadiul acesta, „răul” este deja făcut, iar unii pacienți vin ore bune câteva sute de kilometri doar pentru a afla că trebuie să se întoarcă acasă să își facă alte analize de sânge și imagistică.

„După ce ne dăm seama ce sau dacă îi lipsește ceva din dosar, îl programăm la specialistul care ar trebui să fi venit de prima dată. Dar omul tot vine până aici, posibil de la câteva sute de kilometri, și apoi se întoarce înapoi să-și facă investigațiile. Varianta cea mai bună, dacă doctorilor le pasă de pacienți, este ca atunci când a ridicat o sus-

piciune de cancer, să intre pe site-ul nostru, unde am făcut o aplicație de programare de către medicul trimițător. Când a ridicat suspiciunea, intră pe site, își face un cont, și face solicitarea: spune ce fel de pacient are, îi adaugă toate investigațiile făcute, biochimice, imagistice, biopsie etc.”, a mai punctat dr. Vasile Cepoi.

Continuare e simplă: medicul la care s-a făcut programarea primește un SMS în care află că are un nou pacient, cu link către aplicație. Studiază documentația și, dacă e completă, confirmă programarea și atât medicul care a programat pacientul, cât și pacientul în sine, primesc câte un SMS de confirmare. Dacă cumva lipsește ceva, dacă mai trebuie făcute investigații, medicul IRO poate discuta cu cel care a făcut programarea direct în aplicație.

„Îi spune dacă are toate actele care are nevoie, îi cere să mai trimită documentele suplimentare, ca să nu trimită degeaba omul la Iași. Iar la final, după ce termină cu toate și se fac analizele, nu mai stă la coadă, nimic, ci intră direct la ora și în cabinetul unde s-a făcut programarea. Ar conta mult pentru cozile care se fac în permanență pe hol dacă lumea ar folosi acest sistem. E o problemă în multe spitale, unde doctorii programează la 7 dimineată toți pacienții și apoi îi vede pe rând”, a explicat dr. Vasile Cepoi.

Sunt 10-12 cazuri neidentificate care vin pe zi la IRO, ceea ce înseamnă că, lunar, câteva sute de persoane vin fără analizele care să le permită să fie luați direct în evidență și să înceapă tratamentul.

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 Casa - 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 tipărită a Ziarul de Iași în valoare de 50% din suma plătită, pe baza chitanței pe 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: RO46BTRLRONCRT0672670801