

● De Sănătate

O radiografie a sistemului de sănătate din România, făcută de specialiști din Iași: un sistem anchilozat, ținut în viață de medici

Sistemul de sănătate din România trece prin unul dintre cele mai complicate momente din existența sa, vizavi de felul în care este raportat opiniei publice. Scandalul de la Spitalul „Sf. Pantelimon” din București vine în momentul în care încrederea în medici și în sistem era deja scăzută după anii pandemiei. Opinia publică reclamă derapaje ale medicilor, în timp ce medicii acuză faptul că generalizările făcute pe baza unor greșeli individuale afectează o întreagă tagmă.

Înainte de a se derula evenimentele de la „Sf. Pantelimon”, „Ziarul de Sănătate” a vrut să facă o radiografie a acestui sistem. Am discutat cu specialiști de la mai multe spitale din capitala Moldovei, de stat sau private, pe care i-am întrebat patru aspecte principale: cum ar caracteriza sistemul medical, ce ar trebui schimbat pentru a fi funcțional, ce model din alte țări ar merge implementat la noi și cum îi

putem opri pe rezidenți să plece în străinătate.

Răspunsurile primite arată o imagine de reziliență în sistem: doar prin efortul individual al medicilor există o aparentă funcționalitate. În lipsa acestui efort, interven blocajele administrative, o lege care trebuie schimbată, un haos pentru pacienți care, adesea, nu mai înțeleg unde, cum și la cine trebuie să apeleze. Cel mai recomandat model de sistem sanitar a fost cel francez, dar temele principale s-au regăsit în toate răspunsurile interlocutorilor noștri: o întărire a sistemului de asigurări private, chiar și a mediului privat, poate ajuta să preia din povara actuală a spațiului medical. Iar modificările trebuie să înceapă de jos, de la medicina primară, de ambulatoriu, până să se ajungă la aglomerarea spitalelor mari, regionale.

Paginile 4-5



din Sumar

● **Analiza de 100 de lei care trebuie făcută obligatoriu anual, la fel ca un EKG. Cât costă și se reprezintă o spirometrie**

Pentru prevenirea problemelor respiratorii, medicii pneumologi spun că există un examen simplu, neinvaziv, neduros, dar pe care pacienții, în special fumătorii, ar trebui să-l facă anual, la fel ca un EKG.

Pag. 2

● **O anchetă a INSP arată că 80% dintre români se cred sănătoși și 37% nu au băut niciodată**

Institutul Național de Sănătate Publică a realizat o anchetă prin care populația și-a autoevaluat starea de sănătate, rezultatele fiind publicate săptămâna trecută.

Pag. 2

● **Dispută între dr. Florin Roșu, managerul de la Boli Infecțioase, și ministrul Sănătății, dr. Alexandru Rafta, după ancheta de la Pantelimon: cereri de demisie și excluderi:**

Lumea medicală din România a fost marcată de scandalul care a izbucnit la Spitalul „Sf. Pantelimon” din București săptămâna trecută, când medicii au fost acuzați de faptul că ar fi grăbit moartea unor pacienți.

Pag. 3

● **Apel al UMF-urilor din țară împotriva generalizărilor, dar pentru susținerea actului de justiție: „condamnăm cu fermitate orice acțiune care pune în pericol pacienții”:**

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași (UMF) a semnat, alături de restul universităților de profil din țară, un apel public de susținere a actului de justiție în cazul de la „Sf. Pantelimon” din București. A surprins poziția UMF-urilor din țară, în contextul în care mai multe societăți profesionale au sărit în apărarea medicilor și au contestat acțiunea procurorilor. Dar UMF-urile, inclusiv cel de la Iași, au spus că actul de justiție trebuie lăsat să se ducă la bun sfârșit, iar dacă se vor găsi vinovați, aceștia trebuie să plătească.

Pag. 3

Care sunt semnele că ai fost mușcat de o căpușă fără să știi. Boala Lyme poate da simptome și la ani după mușcătură

Din ce în ce mai multe persoane le spun medicilor că se feresc să meargă, vara, în zone cu parcuri, cu iarbă înaltă, la mare sau la munte, pentru că se tem să nu fie mușcați de căpușe sau să dezvolte forma gravă a bolii Lyme. „Ziarul de Sănătate” a dis-

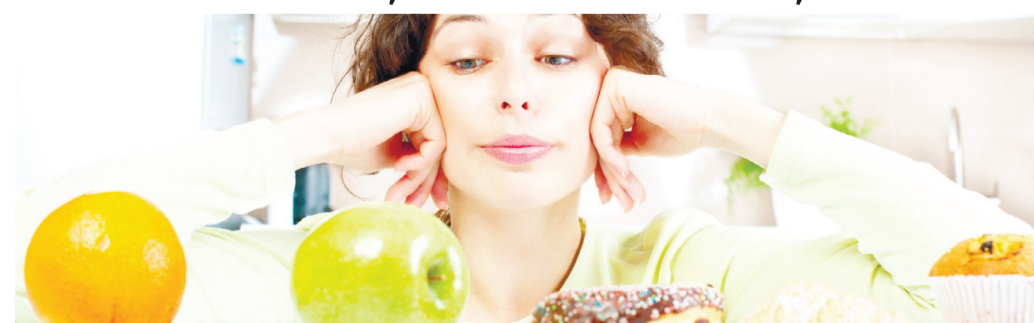
cutat cu prof.dr. Florin Roșu, managerul Spitalului de Boli Infecțioase din Iași, despre pașii pe care trebuie să îi facem atunci când suntem mușcați de o căpușă și, cel mai important, despre când anume trebuie să cerem ajutor de specialitate.

Pagina 3



SFATUL MEDICULUI

Dietele începute vara între alimentele proaspete de sezon și tentațiile de vacanță



Adriana Cristea, 42 ani, Iași: După două sarcini și un serviciu - sunt economista - care mă ține pe scaun câte 9 ore, zilnic, am „reușit” să pun pe mine aproape 20 de Kg. De la 62 Kg, cât aveam înainte de primul copil, acum am 81 Kg. Nu mă simt confortabil și mi-aș dori să încep o dietă supravegheată. Am mai avut în ultimii ani astfel de tentative dar, de fiecare dată, ba erau sărbători, ba plecam în vacanță sau pur și

simplu eram copleșită de problemele casei. Medicul meu de familie mi-a spus că mi-ar fi mai ușor să respect un program alimentar dacă încep dieta în timpul verii.

Adina Rusu, dietetician autorizat, președinte Colegiul Dieteticienilor Iași: „Indiferent de anotimpul în care ne decidem că este momentul să rezolvăm problema kilogramelor în plus, trebuie să conștientizăm faptul că

scăderea în greutate presupune schimbarea stilului de viață și nu doar o dietă pe care să o abandonăm la prima vacanță sau atunci când trecem printr-o perioadă mai stresantă. Corectarea alimentației sub îndrumarea unui specialist este mai facilă, mai corectă și mai utilă, în special, în cazul celor care au avut mai multe încercări eșuate de diete.

Pagina 7

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

Analiza de 100 de lei care trebuie făcută obligatoriu anual, la fel ca un EKG

● cât costă și ce reprezintă o spirometrie

Cătălin HOPULELE

Pentru prevenirea problemelor respiratorii, medicii pneumologi spun că există un examen simplu, neinvaziv, nedureros, dar pe care pacienții, în special fumătorii, ar trebui să-l facă anual, la fel ca un EKG. Este vorba despre spirometrie, care măsoară „capacitatea pulmonară” până la nivelul celor mai mici vase, astfel încât problemele respiratorii să poată fi depistate încă din cele mai incipente stadii.



„Spirometria se poate face încă de la 5 ani, dar din punct de vedere al patologiei adultului ar trebui să fie de rutină, cum este electrocardiograma. Ar trebuie să o facem măcar o dată pe an, chiar dacă avem simptome, chiar dacă nu. Chiar și în lipsa unei simptomatologii evidente poate exista obstrucția căilor aeriene mici, mai ales la fumători. Dacă avem astm sau BPOC suntem datori cu această investigație de minimum două ori pe an, pacienții sunt monitorizați la șase luni. Ne interesează foarte mult, a fost un element principial în evaluarea severității – este instrument de bază în diagnosticarea pacientului”, a declarat prof.dr. Roxana Nemes, președinte în exercițiu al Societății Române de Pneumologie, la o reuniune cu presa care a avut loc în luna iulie.

Interes există, dar pacienții nu știu cui și când să se adreseze

La întâlnirea cu jurnaliștii din iulie, medicii pneumologi au insistat asupra faptului că este de departe cel mai ieftin test de evaluare a funcției pulmonare. E o falsă aparență, au explicat aceștia: deși populația nu plătește să își facă testele, de fiecare dată când sunt campanii publice de realizare a spirometriilor în mod gratuit interesul este foarte crescut.

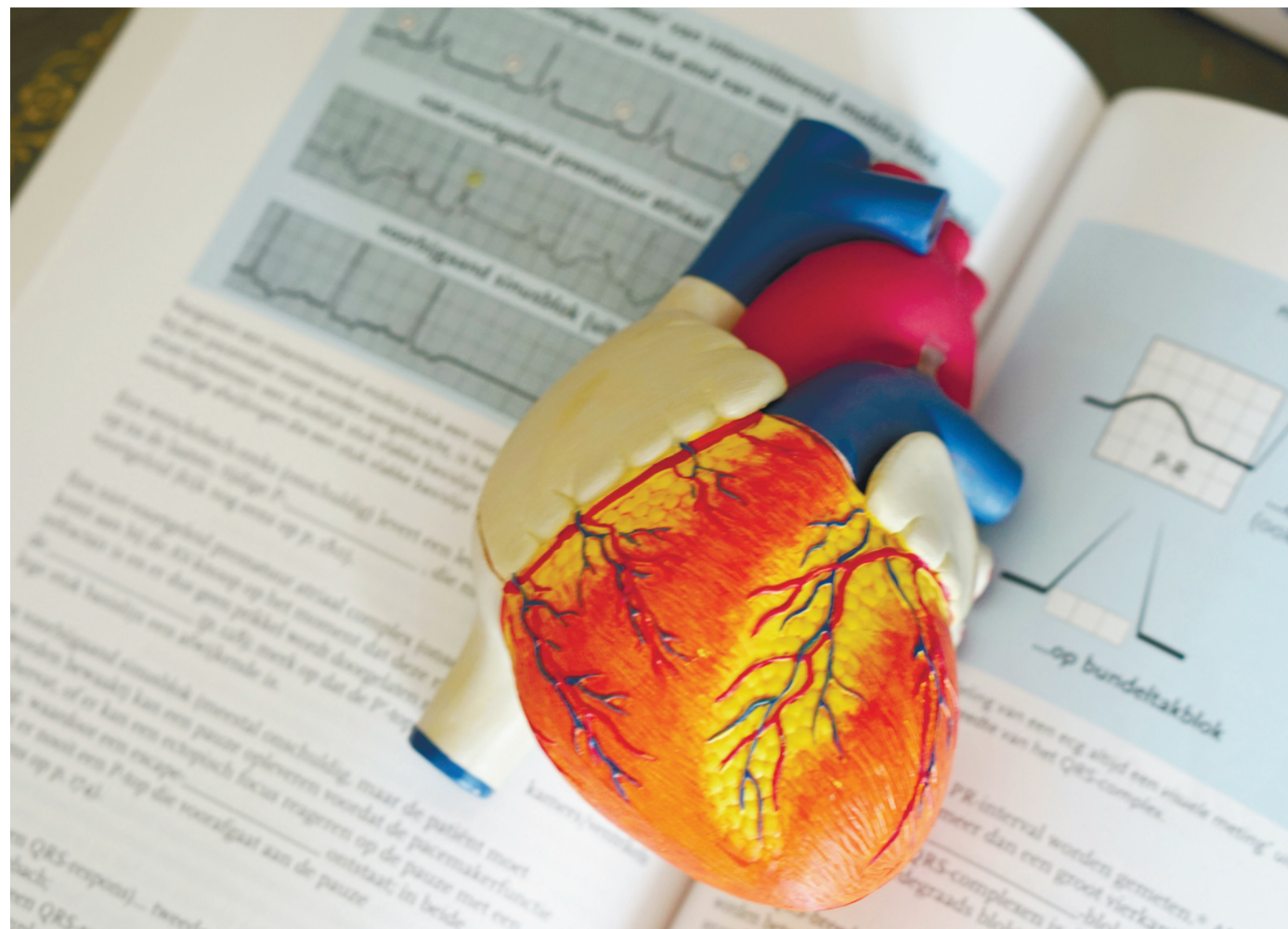
„Susciți un interes fantastic: doar într-o zi poți spirometriza cel puțin 300 – 400 de doritori. Am ajuns în campanii cu 800 – 900, vorbim de campanii care se țin în două zile timp de 12 ore pe zi. Se făceau cozi enorme, era nevoie de mulți operatori, ceea ce arată că există tendința oamenilor de a se testa. Și e important să facem din timp, pentru că pacienții care ajung la

noi cu afecțiuni pulmonare semnificative, găfâind”, a mai explicat prof.dr. Roxana Nemes.

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 Nemes, președinte în exercițiu al Societății Române de Pneumologie. Oamenii 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 plămânilor și inimii împart cutia toracică, deși asta facilitează mult influențarea directă, ci și pentru că ambele afecțiuni sunt co-morbidități majore una pentru cealaltă.

Pacienții cu BPOC trec prin așa-numitele „exacerbări”, care sunt agravări bruște ale bolii, care de regulă sunt momentul declanșator 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. ●



Sfaturi pentru pacienții ieșeni care suferă de insuficiență cardiacă și ies afară în căldură

● hidratarea e importantă, dar nu în exces

Cătălin HOPULELE

O campanie la nivel național vizează mii de pacienți ieșeni, diagnosticați cu afecțiuni cronice, în special din spectrul cardiovascular. „Am insuficiență cardiacă, plec în vacanță!” este numele campaniei, care a început în iulie și continuă până în septembrie, și care are rolul de a informa atât pacienții care se știu deja cu unele probleme, cât și publicul larg, despre riscurile insuficienței cardiace.

Campania este gândită de „Asociația Solidari pentru Sănătate”, care a consultat mai mulți medici înainte de a lansa o serie de avertis-

mente de care persoanele care merg vara, pe temperaturi ridicate, trebuie să țină cont.

„Insuficiența cardiacă este o afecțiune gravă, subdiagnosticată, care poate influența negativ calitatea vieții pacienților și care, dacă nu este gestionată corespunzător, poate duce la complicații severe. În România, aproape 5% din populația adultă suferă de insuficiență cardiacă, iar 1 din 2 persoane diagnosticate cu această afecțiune decedează în primii cinci ani de la diagnosticare. Anual, apar 44.000 de cazuri noi”, au precizat reprezentanții asociației.

Aceștia spun că există o serie de simptome care indică probleme cu inima, care pot varia de la ușoare la severe, precum: creșterea în greutate din cauza retenției de lichide și umflarea extremităților și abdomenului, aport redus de sânge la organele vitale, care poate cauza amețeli, oboseală și confuzie, plămâni congestionați, plini

de lichid, ceea ce duce la dificultăți de respirație, tuse uscată sau respirație șuierătoare, dar și durere în piept și leșin în cazuri severe.

„Este esențial să vă mențineți hidratați, dar fără a exagera: discutați cu medicul dumneavoastră despre cantitatea optimă de lichide pe care ar trebui să o consumați zilnic. În zilele foarte calde, ajustați cantitatea de lichide pentru a preveni deshidratarea (apă, ceai, compot, supe, dar nu sucuri carbogazoase). Evitați expunerea la căldură extremă: stați în interior în timpul orelor de vârf ale căldurii (10.00 – 16.00). Dacă trebuie să ieșiți, purtați haine lejere, din țesături naturale, deschise la culoare și folosiți protecție solară. Ventilația adecvată și aerul condiționat pot ajuta la menținerea unei temperaturi confortabile în spațiile închise”, se precizează în avertismentele medicilor.

Aceștia vorbesc și despre monitorizarea greutății,

fiindcă o creștere rapidă în greutate poate indica retenția de lichide, care este un simptom comun al insuficienței cardiace. Totodată, alimentele care au un conținut scăzut de sare sunt recomandate a fi consumate, la fel cum alimentele procesate trebuie evitate.

„Sarea în exces poate agrava retenția de lichide. Includeți în dietă fructe și legume proaspete și evitați băuturile alcoolice. Respectați tratamentul prescris: continuați să luați medicamentele prescrise de medic și nu faceți schimbări fără a consulta specialistul. Monitorizarea regulată a tensiunii arteriale și a frecvenței cardiace este crucială. Exerciții fizice ușoare – dacă medicul vă permite, mențineți un regim de exerciții fizice ușoare. Activitățile precum mersul pe jos sau înotul pot fi benefice, dar evitați exercițiile intense în condiții de căldură extremă”, au mai precizat reprezentanții asociației. ●

O anchetă a INSP arată că 80% dintre români se cred sănătoși și 37% nu au băut niciodată

Cătălin HOPULELE

Institutul Național de Sănătate Publică a realizat o anchetă prin care populația și-a autoevaluat starea de sănătate, rezultatele fiind publicate săptămâna trecută. Aceasta a fost realizată pe un eșantion de aproape 5.400 de persoane, cu vârsta cuprinsă între 25 și 64 de ani, care au fost selectați aleator de pe listele a 120 de medici de familie participanți, cu reprezentativitate pe sex, mediu de rezidență, grupă de vârstă și regiuni de dezvoltare.

Concluziile anchetei arată că într-o proporție de aproape 80% românii au apreciat starea lor de sănătate ca fiind bună sau foarte bună. Mai exact, 82,2% dintre bărbați și 75% dintre femei au dat aceste

răspunsuri. Cele mai mari scoruri la această întrebare au fost pe mediul urban – 83,5% –, în timp ce 73,4% din mediul rural au apreciat la fel.

Același studiu a arătat un fapt îngrijorător: 42,8% dintre femei și 37,7% dintre bărbați au declarat că folosesc medicamente prescrise de medic, restul lăsând să înțeleagă că fie nu apelează la medic, fie folosesc automedicație.

„Ancheta a cuprins și realizarea unui examen clinic (efectuarea măsurătorilor antropometrice, măsurarea tensiunii arteriale, efectuarea testului scaunului simplu și cronometrat) și efectuarea analizelor de laborator (profil lipidic, profil glucidic, ionogramă, vitamina D, hemoglobină, enzime

hepatice, profil hormonal tiroidian, profil renal etc.). Un procent de 24,1% din respondenți declară că fumează zilnic, 5,5% declară că fumează ocazional și 70,5% declară că nu fumează. 28,5% dintre bărbați fumează zilnic față de 19,6% dintre femei”, se mai precizează în studiul INSP.

În ceea ce privește consumul de alcool, aproape 37% dintre respondenți spun că nu au consumat niciodată alcool, 34,7% au precizat că beau o dată pe lună sau mai rar, în timp ce 12,5% de 2-4 ori pe lună. Doar 4,6% au recunoscut că beau de patru ori mai multe ori pe săptămână. 53,8% femei au spus că nu au consumat niciodată alcool, față de 19,1% dintre bărbați.

„82,5% din respondenți declară că fac activitate fizică ușoară în fiecare zi, 87,2% fac activitate fizică ușoară peste 20 minute. Un procent de 65,9% din respondenți declară că fac activitate fizică moderată, 86,7% fac activitate fizică moderată peste 20 minute pe zi. Un procent de 14,9% din respondenți declară că fac zilnic activitate fizică intensă, 68,4% declară că fac activitate fizică intensă peste 20 de minute pe zi. Din datele obținute în cursul interviului, reiese că 30% din respondenți sunt normoponderali și 18,6% sunt supraponderali. Un procent de 33,8% din femei sunt subponderale și doar 5,8% din bărbați. 48,9% din bărbați sunt obezi față de 13,7% dintre femei”, au mai spus cei de la INSP. ●

Colegiul Medicilor din România cere modificarea legii: experții medicali independenți să facă parte obligatoriu din anchetele de malpraxis

Cătălin HOPULELE

Colegiul Medicilor din România taxează o „amnezie” a Parlamentului și solicită urgentarea unor modificări legislative negociate încă din toamna anului trecut. Ei au solicitat ca opinia unui expert medical independent să fie obligatorie și nu opțională atunci când are loc o anchetă de malpraxis. Expertul respectiv trebuie să fie specializat în speța unde a fost reclamată greșeala medicală.

Conform unui comunicat de presă citat și de formaremedical.ro, CMR vrea să modifice astfel Legea Malpraxisului și reprezentanții colegiului au fost la Parlament și au discutat aplicat fix pe această temă.

Ei invocă trei motive primordiale pentru care un corp de experți independenți este



esențială pentru a elucida cazurile în care sunt acuzații de malpraxis. Primul dintre acestea vizează rigoarea științifică și medicală. În opinia CMR, experții medicali au o pregătire și experiență unice în gestionarea cazurilor din specialitatea lor medicală, iar includerea unei astfel de opinii într-o anchetă de malpraxis va asigura un echilibru.

„În prezent, exclusiv un medic legist poate emite o opinie medicală obligatorie pentru justiție. Medicii legiști nu au competențele necesare pentru a se putea pronunța pe toate actele medicale, din toate specialitățile medicale”, au punctat cei de la CMR.

Al doilea motiv vizează necesitatea unei viziuni inte-

grate – dacă opinia specialiștilor va fi obligatorie, atunci va impune și o abordare multidisciplinară a cazurilor în care există suspiciunea de malpraxis. CMR susține că în momentul de față nu se merge pe o astfel de abordare. Iar al motiv ar viza creșterea transparenței și responsabilității în analiza modului în care au fost luate anumite decizii medicale. Colegiul explică faptul că astfel s-ar reduce riscurile legale și etice asociate și ar fi analizată situația și din toate punctele de vedere.

„În acest moment, este esențial ca autoritățile implicate în procesul de legiferare să acorde prioritate dezbaterii transparente și asumate a unei legi care să sprijine deopotrivă

medicii și pacienții. Avem încredere că obiectivul unei anchete este acela de a aduce clarificări asupra unei situații, de a stabili adevărul cu imparțialitate și transparență și de a asigura că toate aspectele relevante sunt investigate în mod corespunzător. Prin desfășurarea unei anchete riguroase și echitabile, se urmărește nu doar identificarea cauzelor și responsabilizarea, ci și prevenirea unor situații similare, în viitor. Aceasta contribuie la consolidarea încrederii în instituții și la îmbunătățirea continuă a practicii și procedurilor, în beneficiul tuturor celor implicați”, a transmis CMR într-un comunicat remis presii.

CMR renaște această discuție și în contextul anchetei de la Spitalul Pantelimon din București, unde doi medici au fost reținuți și, ulterior, arestați preventiv, fiind acuzați că ar fi cauzat intenționat moartea unui pacient de la Terapie Intensivă, prin modificarea dozelor de medicație ce îl țineau în viață. Ancheta este în desfășurare și este bazată în momentul de față și pe un denunț al cadrelor medicale ce lucrau pe secția respectivă. ●

NOU!

CT GRATUIT

Prin Programul MONITOR

Cu bilet de trimitere, prin programul Monitor, aveți prioritate la efectuarea investigațiilor imagistice, GRATUIT, la Spitalul Providența!



Există 8 tipuri de bilete de trimitere Monitor acceptate cu prioritate în cadrul unității noastre:

- Monitor 1: pacienți cu afecțiuni post COVID 19
- Monitor 2: pacienți cu boli oncologice.
- Monitor 3: pacienți cu diabet zaharat.
- Monitor 4: pacienți cu afecțiuni cardiovasculare.
- Monitor 5: pacienți cu boli rare, în conformitate cu specificațiile CNAS.
- Monitor 6: pacienți cu boli neurologice.
- Monitor 7: pacienți cu probleme cerebrovasculare.
- Monitor 8: pacienți cu boală cronică renală.

Programează-te acum!

Șoseaua Nicolina nr. 115, CUG, Iași
0232 241 271 / 0730 230 030
0745 375 427 (mesaj WhatsApp)
programari.spital@providentamedical.ro

Care sunt semnele că ai fost mușcat de o căpușă fără să știi

Boala Lyme poate da simptome și la ani după mușcătură

Ina DUMITRESCU

Din ce în ce mai multe persoane le spun medicilor că se feresc să meargă, vara, în zone cu parcuri, cu iarbă înaltă, la mare sau la munte, pentru că se tem să nu fie mușcați de căpușe sau să dezvolte forma gravă a îmbolnăvirii cu boala Lyme. „Ziarul de Sănătate” a discutat cu prof.dr. Florin Roșu, managerul Spitalului de Boli Infecțioase din Iași, despre pașii pe care trebuie să îi facem atunci când suntem mușcați de o căpușă și, cel mai important, despre când anume trebuie să cerem ajutor de specialitate.

Cum se extrage o căpușă dacă nu poți ajunge la spital

Dr. Florin Roșu spune că atunci când o persoană descoperă, după o plimbare în natură, o căpușă atașată de corp, este indicat să se prezinte cât mai urgent la cea mai apropiată unitate spitalicească în vederea extragerii insectei și a efectuării profilaxiei. În cazul în care acest lucru nu este posibil, se impune



îndepărtarea corectă a căpușei pentru a preveni eventualele complicații și infecții ulterioare.

„Există instrumente speciale de îndepărtare a căpușelor, dar se poate folosi o pensetă care permite apucarea fermă a insectei, cât mai aproape de piele. Se trage ușor și constant în sus, fără a o răsuci sau zdrobi. Ulterior, se curăță locul cu apă și săpun, după care se aplică un antiseptic sau alcool. Trebuie să fim însă atenți la simptome și să consultăm un medic dacă apar manifestări precum eritemul, febra, mioartralgii, cefalee, inflamație în zona mușcată”, a precizat dr. Florin Roșu.

Nu toate căpușele transmit boala Lyme

Ceea ce trebuie să știm, subliniază specialistul, este că nu toate căpușele pot trans-

mite boala Lyme. Aceasta este determinată de o bacterie numită Borrelia burgdorferi sensu lato transmisă prin intermediul mușcăturii căpușelor din genul Ixodes, celelalte specii nefiind purtătoare ale acestei bacterii. Zonele împădurite, acoperite de covoaie dese de vegetație, și în care există multă umiditate sunt locurile unde pot fi întâlnite aceste căpușe ce pot transmite boala.

„Riscul de a fi mușcați de căpușe este mult mai crescut primăvara, acesta persistând până în luna octombrie. Pentru a transmite boala este necesar ca o căpușă să stea atașată mai multe ore de pielea gazdei. Ele pot mușca orice parte a corpului, dar preferă zonele de piele caldă și umedă cum ar fi scalpul, zona axilară, zona inghinală, gât sau în spatele genunchilor. Ca regula generală, trebuie să știm că mușcătură de căpușă este nedureroasă, provocând doar semne minore cum ar fi apariția eritemului la nivelul mușcăturii, a durerii și a pruritului”, a punctat dr. Florin Roșu.

Boala Lyme este „boala cu 100 de fețe”

Specialistul avertizează că nu există manifestări specifice pentru boala Lyme. Din acest motiv este numită și „boala cu 100 de fețe” pentru că o migrație sau o astenie fizică

marcantă nu duc către un diagnostic cert.

„În primul stadiu al bolii se remarcă prezența unei leziuni maculo-papuloase eritematoase, ce se va extinde centrifug pe parcursul a câtorva zile sau săptămâni și care apare în afebrilitate. Acest eritem, «în țintă» este nepruriginos (n.re. nu produce mâncărimi), de formă rotund-ovalară, cu marginile mai eritematoase decât centrul, fiind centrat de înepătura de căpușă. După 3-4 săptămâni acesta pălește, fără a lăsa cicatrici, motiv pentru care poate trece neobservat. În absența terapiei, după câteva săptămâni sau luni apar manifestări clinice sugestive pentru faza secundară a bolii. Faza terțiară a bolii se manifestă după luni sau chiar ani. Când se suspectează această boală, se recoltează serologia. Prezența anticorpilor IgM anti Borrelia burgdorferi demonstrează existența acestei infecții. Ulterior, pentru confirmarea diagnosticului, se va efectua testul ELISA sau Western Blot”, a mai punctat managerul spitalului.

Pentru a ne proteja de mușcătură de căpușă, medicul ne recomandă să evităm plimbările prin iarbă sau tușuri, mai ales după ploaie, să facem face duș după întoarcerea din drumeție sau după activitățile de grădinarit și să folosim produse pentru protecția împotriva acestor insecte. ●

După ancheta de la Pantelimon, cereri de demisii și excluderi

dispută între dr. Florin Roșu, managerul de la Boli Infecțioase, și ministrul Sănătății, dr. Alexandru Rafila,

Cătălin HOPULELE

Lumea medicală din România a fost marcată de scandalul care a izbucnit la Spitalul „Sf. Pantelimon” din București săptămâna trecută, când medicii au fost acuzați de faptul că ar fi grăbit moarte unor pacienți după ce au întrerupt o serie de tratamente permise de aceștia la ATI, argumentând că nu mai puteau fi salvați. În timp ce procurorii au continuat ancheta și două doctorițe au ajuns în arest preventiv, s-a remarcat de la Iași vocea medicului Florin Roșu, manager al Spitalului de Boli Infecțioase. Acesta a lansat un apel public, inclusiv pe unele canale interne ale Ministerului Sănătății, în care a cerut demisia de onoare a lui Alexandru Rafila, ministrul Sănătății.

„În lumina ultimelor evenimente din cadrul Spitalului Pantelimon, justiția va hotărî adevărul! Fără a avea nici o tentă politică, ministrul Sănătății, domnul profesor dr. Alexandru Rafila, trebuie să-și prezinte demisia de



Ministrul Alexandru Rafila

onoare (așa cum au procedat directorul medical și, ulterior, managerul spitalului Pantelimon). Normalitatea trebuie să caracterizeze această țară! Domnule ministru, puteți să ne trimiteți controale și corpul de control, dar există onoare și demonstrații că vă caracterizați”, a scris dr. Florin Roșu pe un grup de whatsapp, mesajul fiind preluat apoi de către mai multe canale de presă.

Mesajul managerului de la Iași a ajuns până la urechile ministrului, care, la o conferință de presă care a avut loc la finele săptămânii trecute, a replicat că nu simte nevoia să demisioneze și că vinovații pe acest subiect vor plăti.

„Eu n-am de ce să-mi asum personal această situație pentru că acolo este vorba de o infracțiune care presupune un omor premeditat și într-o

astfel de situație nu cred în niciun fel că este responsabilitatea mea sau a Ministerului Sănătății pentru o astfel de acuză, deci din punctul ăsta de vedere nu am de ce să demisionez. Noi avem foarte multe proiecte, reconstruim sistemul de sănătate, reformăm sistemul de sănătate așa că o chestiune care pune în dubiu, cum spuneți dumneavoastră, pentru că a creat foarte multă emoție o chestiune pe care o înțeleg, de asta am venit aici, în fața dumneavoastră să o explic, dar demisia pentru ceva pe care nu puteam în niciun fel să controlăm, nici să influențăm...”, a spus Alexandru Rafila în conferința de presă, citat de formamedică.ro.

Argumentul primordial al ministrului a fost cel al alegerii cursului de tratament. El a spus că nimeni nu poate inter-

veni în decizia medicală individuală a medicului, nici ministrul, nici managerul, pentru că este decizia sa în calitate profesională.

„Ce să facem? Să dăm un decret că ministrul Sănătății aprobă toate deciziile profesionale medicale din țara asta? Nu se poate. Și așa că, din punctul ăsta de vedere nu cred că această problemă ține de ministrul Sănătății și de politica de sănătate din Ministerul Sănătății”, a mai spus Alexandru Rafila.

În urma răspunsului ministrului Sănătății, dr. Florin Roșu a mai cerut în două rânduri demisia acestuia, dar nu au mai apărut alte reacții în spațiul public. Dr. Roșu a fost dat afară și de pe un grup de whatsapp în care comunicau între ei și cu MS diverși manageri de spital din România, după ce a publicat și acolo un mesaj în care solicita demisia. ●

Ce este și când apare 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 mamă la copilăș.

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 strangulată, complicația cea mai redutabilă a acestei afecțiuni.



Herniile ombilicale apărute la naștere au probabilitate mare să se închidă spontan până la vârsta de 2 ani. Cele care, persistă totuși după 5 ani, sunt reparate chirurgical, deși complicațiile la copii sunt rare.

La adulți herniile mici, asimptomatice pot fi supravegheate clinic, în schimb herniile voluminoase, dureroase, încarcerate, necesită tratament chirurgical ce apropie cei doi mușchi abdominali de pe linia mediană și, atunci când defectul este mare, este necesară utilizarea de material sintetic (plasa) pentru a consolida peretele abdominal.

În majoritatea cazurilor, rezultatele operației sunt foarte bune.

Totuși, pacienții care dezvoltă o infecție la nivelul plăgii în urma intervenției chirurgicale sau care nu respectă restricțiile legate de efortul fizic în perioada imediat următoare se pot confrunta cu recidivă.

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

Apel al UMF-urilor din țară împotriva generalizărilor, dar pentru susținerea actului de justiție

„condamnăm cu fermitate orice acțiune care pune în pericol pacienții”

Cătălin HOPULELE

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași (UMF) a semnat, alături de restul universităților de profil din țară, un apel public de susținere a actului justiției în cazul de la „Sf. Pantelimon” din București. A surprins poziția UMF-urilor din țară, în contextul în care mai multe societăți

profesionale au sărit în apărarea medicilor și au contestat acțiunea procurorilor. Dar UMF-urile, inclusiv cel de la Iași, au spus că actul de justiție trebuie lăsat să se ducă la bun sfârșit, iar dacă se vor găsi vinovați, aceștia trebuie să plătească.

Însă universitățile au venit cu un apel suplimentar: ca nu toți medicii să fie incluși în aceeași categorie cu cei care se vor dovedi sau nu a fi vinovați, fiindcă generalizările afectează

din două perspective. În primul rând, scade încrederea și respectul în clasa medicală, iar apoi sunt efecte asupra tinerilor, care vor fi descurajați să urmeze această profesie.

„Asociația Alianța Universitară G6 UMF, în calitate sa de reprezentant al mediului academic medical și farmaceutic din România, dorește să exprime o poziție fermă cu privire la evenimentele recente care au avut loc la Spitalul «Sfântul Pantelimon» din București. Rolul fundamental al Alianței este de a promova interesele învățământului superior medical, de a facilita un cadru comun de cooperare în domeniile educaționale și științifice, dar și de a instrui

studentii în spirit etic și deontologic. Alianța Universitară G6 UMF condamnă cu fermitate orice acțiune sau comportament care poate pune în pericol integritatea și sănătatea pacienților. În acest sens, susținem cu tărie actul de justiție și subliniem necesitatea ca persoanele care se vor dovedi vinovate de astfel de fapte să fie trase la răspundere și sancționate conform legii”, au transmis reprezentanții UMF-urilor.

Ei au insistat asupra faptului că generalizările care sugerează că practica aceasta, de încălcarea a eticii profesionale, ar fi o chestiune comună la nivelul tuturor medicilor: deja fac mult rău în societate. Ei insistă asupra faptului că cele mai mediatizate cazuri din sănătate sunt, în mare, situații izolate, și că în ansamblu comunitatea medicală luptă respectând toate normele etice și deontologice existente.

„Cazurile izolate nu trebuie să umbrească munca vastă și dedicată a majorității. Alianța Universitară G6 UMF dorește să sublinieze, de asemenea, ca astfel de generalizări nedrepte contribuie la scăderea atractivității profesiei de medic și la descurajarea tinerilor care aspiră la o carieră în acest domeniu. Este responsabilitatea noastră, a tuturor, să protejăm și să promovăm imaginea corectă a profesiei medicale, pentru a asigura continuitatea și calitatea serviciilor medicale oferite societății”, se mai precizează în comunicatul citat. ●



Dr. Bogdan Iliescu: „Trăim într-un sistem bazat enorm pe relații interpersonale, iar asta erodează foarte mult psihicul, energia medicilor“

Cătălin HOPULELE

Dr. Bogdan Iliescu, neurochirurg, crede că deși sistemul românesc de sănătate îi lipsesc niște rotițe pe care le consideră a fi foarte importante, el încă funcționează. Dar nu funcționează prin faptul că există o coordonare sau un cadru foarte bun care să-l așeze pe o anumită direcție, ci pentru că

sunt încă oameni buni în el.

„Vă dau un exemplu strict de la noi – sistemele de recuperare neurologică și de îngrijiri paliative sunt foarte subdimensionate și nepotrivite cu nevoile. Sunt mulți care pleacă prin alte țări, în Germania inclusiv, pentru tratament; lipsesc multe lucruri și din pediatrie, spre exemplu neurochirurgia pediatrică în Iași e făcută de doi oameni, care sunt foarte inimoși, dar sunt doar doi, nu ai tot ce trebuie. De aceea ne ajutăm între noi“, a declarat dr. Bogdan Iliescu.

Acesta a explicat că sistemul este subdimensionat în

momentul de față și nu are gândit nici un flux de lucru coerent. Situația s-a dezechilibrat masiv când au fost închise, în urmă cu zece ani, mai multe spitale de nivel al doilea, iar triajul s-a mutat aproape integral la spitalele mari, din centrele universitare, care sunt și astăzi supraîncărcate.

Dr. Bogdan Iliescu spune că una dintre marile probleme este că nu vedem lucrurile care nu ne afectează în mod direct, iar asta se aplică sistemului medical. Acesta dă exemplul războiului din Ucraina, înainte de care „nu ne-a interesat foarte mult dotarea armatei, dar apoi am văzut că se poate face și dotare, și instruire, cum ar fi și normal“.

„Cu sistemul medical nu știu de ce s-a creat impresia că doctorii trăiesc bine, lasă că se descurcă ei și a fost lăsat așa, la voia câte unuia care ajunge într-o poziție foarte înaltă, de ministru sau echivalent, și care acționează după niște interese cel mult de grup. Nu a interesat pe nimeni să facă un sistem grozav, foarte funcțional. În nepreocupându-se pe nimeni, lucrurile nu vin de la sine la nivelul asta, nu au cum să se facă. Așa că trăim într-un sistem bazat enorm pe relații interpersonale, iar asta erodează foarte mult psihicul, energia medicilor. Dacă nu aș avea colegi foarte buni, doctori mai mici sau mai mari decât mine, cu care să am o relație bună, mi-ar părea foarte rău de pacienții mei care nu ar ști unde ajung și cât durează

tratamentul“, a precizat dr. Bogdan Iliescu.

Încurajarea privatului, o soluție pentru sistemul din România

Dr. Iliescu spune că, în România, dacă nu există interes din partea medicilor și a personalului medical, în general, atunci pacienții pur și simplu ajung să se piardă în hățșul birocratic și ineficient al sistemului. Iar medicii, în special, ajung să piardă vremea, în opinia sa, cu lucruri pe care nu ar trebui să facă, dar pe care dacă nu le fac simt că-și abandonează pacienții.

„Îmi povestesc prietenii din Franța, din SUA nu mai zic, că neurochirurgul care operează nici nu știe cum a ajuns pacientul în fața lui. Dar vine pe o filieră clar definită, e îndrumat, știe toți pașii. La noi se întâmplă asta doar pe la unu, pe la altu, pilele sunt peste tot și Doamne ferește dacă e un caz social că ajungi aproape să-l înfiezi. Eu și o grămadă dintre colegii mei avem cazuri care stau cu lumile în spital pentru că e vorba de un om, nu poți să îl arunci în stradă. Așa că spitalul ajunge și azil, și loc de binefacere, ce vrei și ce nu vrei, dar asta consumă resurse, moralul bolnavilor, al doctorilor și al personalului în general“, a completat dr. Bogdan Iliescu.

Medicul crede că sistemul medical din SUA nu s-ar potrivea în România, fiind extrem de dur și dependent de unele



Dr. Bogdan Iliescu

asigurări, fără de care pacienții au acces greu la îngrijirea corespunzătoare.

Dar un mix între sistemul francez și cel german ar putea fi implementat în România, în care pacienții să fie bine îngrijiiți, în care asigurările de stat să fie funcționale, iar cine vrea să meargă în privat să aibă posibilitatea asta foarte simplă.

„În Germania, asigurarea privată închiriază practic tot de la spitalul de stat. Că așa e normal, să ai un spital

modern nu-și permite pur și simplu să plătească el anul de bani necesar pentru sisteme performante, de aceea privatul este o soluție și în învățământ, și în industrie, și în medicină. Ar fi o salvare și la noi dezvoltarea sa“, a apreciat dr. Bogdan Iliescu.

El aruncă un ochi critic și asupra asigurărilor private din România despre care consideră că sunt ținute sub cheie și nu sunt lăsate să se dezvolte. Acesta este însă doar un vârf de iceberg, crede neurochirurgul, într-o țară în care legislația are lacune semnificative, unde lipsesc proceduri medicale sau medico-legale care nu sunt prevăzute nicăieri și „este iarăși un lucru care grevează sistemul, ajungi să faci medicină defensivă, care nu e mereu cea mai bună pentru pacient“.

Rezidenții nu mai au aceeași tragere de inimă

Medicul știe ce i-ar convinge pe rezidenți să rămână în România și a spus-o pentru „Ziarul de Iași“ și în urmă cu mai mulți ani, când salariile personalului medical au fost crescute peste noapte „la nivel european“.

„Și așa cum am spus și atunci, nu banii îi țin în țară sau nu doar banii. Ce i-ar convinge să rămână ar fi dacă toate lucrurile care se întâmplă ar merge de la sine, senzație pe care o ai și afară. Apoi, să simți că sunt protejați în România, fiindcă medicina este mereu pe muchie de cuțit, dar când lucrurile nu merg bine

e extraordinar de rar vina unui om care nu a vrut sau nu a făcut ce trebuie din nu știi ce motiv meschin. Lumea înțelege tot mai puțin treaba asta și este foarte trist“, a explicat dr. Bogdan Iliescu.

El spune că efectele se văd și asupra studenților, dar mai ales asupra rezidenților din primii ani de meserie, care mereu au impresia că vor fi nedreptățiți în munca pe care o fac așa că încearcă să facă strict ce e în „fișa postului“.

„Iar asta nu duce la acțiuni necontrolate, ci la lipsă de interes și de acțiune. Generația mea și cele dinaintea am tot umblat să vedem cum fac alții, să practic, să fiu cel puțin la nivelul ăstora din Europa, iar dacă americanii și japonezii sunt mai buni și fac ceva să simți că se alege praful de tine dacă nu faci și tu treaba asta. Nu mai există sentimentul ăsta. «De ce să merg, de ce să fac, dacă aici face fiecare cum vrea și la final oricum îți iei un șut...», se întreabă mulți. Este o tragedie ce se întâmplă, iar efectele ei le vom vedea peste vreo 10 ani. Momentan se merge pe ideea că programul e programul, interesul e și ne facem treaba, în gârzi nu prea venim. Și, să fim sinceri, când vezi ce crede societatea despre doctori, ai vrea să mai dai la medicină dacă ai fi tânăr? În trecut 80% dintre studenții spunea că veneau pentru că exista respectul față de meserie. Mai respectă cineva astăzi doctorii?“, a conchis dr. Bogdan Iliescu.



Prof.dr. Diana Cimpoeșu: „Este un sistem eroic, dar este loc de crescut“

Ina DUMITRESCU

Prof.dr. Diana Cimpoeșu, medic-șef UPU-SMURD Iași, consideră că sistemul medical românesc este unul eroic care reușește, în ciuda unor lipsuri materiale și de personal, să facă față unui număr mare de pacienți.

„Este un sistem în evoluție. Trebuie să ne uităm cu atenție unde am fost și unde suntem. În zona medicinei de urgență este foarte clar. Avem un sistem integrat despre care și ministrul afacerilor interne spune că trebuie să-l păstrăm și să-l dezvoltăm. În ciuda unor divergențe, este un sistem care reprezintă un model. Noi în Europa suntem apreciați prin ceea ce facem, prin colaborarea dintre Ministerul Sănătății și Ministerul Afacerilor Interne și prin felul în care reușim să lucrăm în teren. Acolo SMURD și Ambulanța lucrează cu adevărat bine în cele mai multe dintre cazuri. Totuși nu sunt suficiente ambulante, nu sunt

destui doctori, e nevoie de mai multe medicamente care ar trebui introduse în țară și pe care le folosesc sistemele de urgență din alte state. E loc de crescut, de format mai mulți specialiști, mai mulți paramedici pe niveluri superioare. Este un sistem posibil de perfecționat“, a declarat prof. dr. Diana Cimpoeșu.

Pentru a fi funcțional în totalitate, medicul șef UPU-SMURD consideră că ar trebui schimbate multe structuri ale sistemului medical. Un exemplu ar fi noul Spital Regional de Urgență. Acesta ar urma să înlocuiască Spitalul „Sf. Spiridon“, care nu mai reușește să facă față afluxului mare de pacienți din întreaga Moldovă, necesităților de confort și de funcționalitate ale unei unități medicale în anul 2024.

Trebuie urmărită corectitudinea și comunicarea

Prof. dr. Diana Cimpoeșu recunoaște că, deși au existat măritări salariale, rezidenții încă pleacă în Franța, Belgia sau Marea Britanie pentru bani mai mulți. Consideră că personalul medical trebuie să dea tot ce poate și să fie în



Prof.dr. Diana Cimpoeșu

permanentă în slujba pacienților.

„Când vorbim de personalul medical trebuie să vorbim și de corectitudine în ceea ce privește programul, implicarea și partea de comunicare. Din perspectiva mea, ca membru al Comisiei Superioare de Disciplină a Colegiului Medicilor, am văzut cât de mult contează comunicarea pentru că foarte multe plângeri ale pacienților sunt generate de neînțelegerea unor lucruri și de lipsa de comunicare. E clar că medicul, asistentul nu au suficient timp. Dacă o să fim mai mulți, dacă o să avem echipamente mai multe, dacă o să se facă formare mai multă în comunicare o să avem și mai mult timp pentru a discuta cu pacienții“, a explicat prof. dr. Diana Cimpoeșu.

Medicul consideră că într-un sistem medical funcțional extrem de important este și controlul. Pe lângă conștiința propriei datorii, în țările în care sistemul medical funcționează fără sincope există controale care verifică modul în care specialiștii își exercită profesia.

„Când îi vorbești frumos, pacientul se simte valorizat și apreciat.“

„Constat că empatia personalului medical nu e chiar 100%. Nu cred că există un sistem medical în care empatia față de pacient e 100%. Cred că la noi e un procent de 80%, dar avem posibilitatea să creștem la 90%. Din empatie vine și relația bună pentru că de multe ori omul nu vrea să i se facă multe investigații, dar e bucuros când medicul vorbește cu el și îi explică, când asistenta îl ține de mână, iar infirmiera îl ajută să se spele. Foarte mult vorbesc cu echipa mea că a spune «domnule» și «doamnă» necesită același efort ca a spune «mamaie», «tataie». Dar când îi vorbești frumos, pacientul se simte valorizat și apreciat. Trebuie să fim mai răbdători între noi și cu pacienții noștri“, a apreciat medicul-șef UPU-SMURD.

Prof.dr. Diana Cimpoeșu spune și că sistemul medical francez pare un sistem de succes în Europa, mai ales pe

partea de rambursare a cheltuielilor, care este mai bine gestionată decât la noi. Și sistemele de sănătate din țările scandinave, spune specialistul, stau foarte bine pe partea de urgență și resuscitare.

„Noi am luat sistemul francez pe partea de prespital, lucrând împreună cu pompierii și pe cel din zona anglo-americană pe partea de departament de urgență. Trebuie să valorizăm ceea ce avem și tradiția românească este foarte bună în anumite specialități, dar putem să ne inspirăm în continuare din câteva modele bune“, a punctat medicul.

Rezidenții caută să le fie apreciată valoarea

Prof. univ. dr. Diana Cimpoeșu crede că rezidenții își doresc să se simtă valorizați de către sistemul medical, de către populație și mass-media. Medicul spune că acestea ar fi unele motive pentru care rezidenții nu ar mai pleca din țară.

„E foarte important atunci când în media apare un caz, să zicem negativ, să se prezinte și continuarea. De cele mai multe ori când lucrurile se soluționează de către Colegiul Medicilor sau de instanță, se prezintă numai acele cazuri care au avut soluții în defavoarea medicilor. Acestea sunt în jur de 5%. Dar despre celelalte 95% cu soluții favorabile pentru medici nu vorbește nimeni. Și nu este bine pentru sistemul de sănătate. Rezidenții trebuie să fie de asemenea valorizați de mentorii lor, de public și mass-media. Profesorul trebuie să lase rezidentul la o anumită manevră, atunci când acesta a atins un anumit nivel, să fie el mâna întâi. Felul în care echipele de profesori îi cresc și îi evaluează pe rezidenți își va pune amprenta asupra pregătirii lor“, a conchis medicul.

Arcadia: „Sistemul medical românesc are nevoie de oameni și de strategie, de analiză și de management“

Am adresat aceleași întrebări pe care le-am pus medicilor consultați în acest dosar și către „Arcadia“, principalul spital privat din Iași. Daniela Druguș, director medical operațional al spitalului, a oferit următoarele răspunsuri la întrebări și poziția companiei față de funcționarea sistemului și ce ar putea fi schimbat pentru a se putea vorbi de optimizare și performanță.

Cum ați caracteriza sistemul medical românesc?

Sistemul medical românesc se află într-o etapă care trebuie să fie marcată de evoluție. Resursa umană este bine pregătită și se dezvoltă continuu, tehnologia își demonstrează importanța în actul medical, dar, cu toate acestea, experiența pacientului se află, de multe ori, într-o zonă sub medie. Acest proces de evoluție, despre care vorbeam la început, este unul de durată și trebuie să aibă la bază o viziune clară și o finanțare coerentă.

Cu alte cuvinte, există un potențial important, pe care îl descoperim, accesăm și operaționalizăm în mod continuu în mediul privat. Cum? În primul rând prin analiza continuă a nevoilor pacientului și dezvoltarea echipei medicale, prin accesarea și includerea noilor tehnologii și printr-un management eficient, care pune pe primul loc dezvoltarea echipei și a soluțiilor oferite. Întotdeauna, experiența pacientului este în centrul sistemului medical creat în Reteaua Medicală Arcadia.

Ce credeți că ar trebui schimbat pentru a fi funcțional?

Sistemul medical românesc are nevoie de oameni și de strategie, de analiză și de



Dr. Daniela Druguș

management. Mediul competitiv creat de sistemul medical privat este, dintr-un punct de vedere, și o șansă pentru sistemul de stat, care trebuie să evolueze pentru a se apropia de standardele pe care sistemul medical privat le stabilește.

Aveți un model de sistem de sănătate din alte țări pe care îl agreați? Credeți că ar putea fi implementat și la noi?

Nu există modele universale. Nu cred în „copy-paste“ atunci când vorbim despre modele de sisteme de sănătate. Cred în documentare, în analiză și în adaptare, în proiectarea unei strategii care să aibă la bază un model de sănătate construit și configurat pe o realitate culturală, socială, economică și incidente patologice.

De multe ori, de la medici care aleg să se întorcă în țară, învățăm multe despre sistemele de sănătate europene, iar aportul lor în schimbarea care se vede și se simte, mai ales în siste-

mul privat, este de necontestat.

Clinici mici, private, și rețele de sănătate complexe, care se dezvoltă mereu atât din punctul de vedere al echipei, cât și al infrastructurii și al adresabilității către pacienți demonstrează că da, se poate.

Care ar fi principalul motiv care i-ar putea convinge pe medicii rezidenți să nu mai plece din țară pentru a profesa?

Remodelarea relației de muncă, a cadrului de desfășurare a activității zilnice, reconfigurarea relației profesionale, a condițiilor de lucru, financiare și umane, posibilitatea de dezvoltare într-un sistem complex, iată doar o serie dintre argumentele pe care le avem în Arcadia.

Mediul privat creează un cadru unde medicul s-a adaptat foarte ușor binomului performanță – recunoaștere profesională, precum și binomului performanță – dezvoltare a carierei.



Dr. Răzvan Socolov: „Nu se produce nicio schimbare majoră în sistem și nici nu s-a produs în ultimii 30 de ani”

Cătălin HOPULELE

Dr. Răzvan Socolov, medic primar, șeful secției de Obstetrică și Ginecologie de la Maternitatea „Elena Doamna” din Iași crede că sistemul de sănătate românesc este unul ineficient, dezechilibrat și anchiostat. Acesta pune degetul pe una dintre rănile principale ale sistemului: accentul este pus prea mult pe zona de medicină de spital, de nivelul al doilea și al treilea, în timp ce medicina primară, de familie și cea de ambulatoriu nu sunt încurajate. Un sistem care nu a dezvoltat suficient de mult screeningul și alege să plătească mult mai mult ulterior pe un exces de manevre, diagnostice, imagistică etc. care se face ulterior, când pacienții ajung deja cu o problemă în spital.

„Este anchiostat pentru că, știți prea bine, nu se construiesc spitale noi, nu se produce nicio schimbare majoră în sistem și nu s-a produs în ultimii 30 de ani. Dar cred că este un sistem dezbalansat în sensul în care există anumite zone care sunt favorizate, precum centrele universitare, unde acoperirea cu per-

sonal medical este mai bună, în timp ce alte zone, la nivel de oraș, chiar reședințe de județ, nu au acoperire pe toate specializările și mai ales pe cele esențiale”, a punctat dr. Răzvan Socolov.

Absolvenții de medicină generală să aibă drept la practică în medicina de familie

Primul lucru pe care l-ar schimba acesta, dacă ar avea puterea s-o facă, ar fi pe linie legislativă. În mod concret, medicul spune că ar trebui schimbată legea fundamentală care guvernează în momentul de

față în sănătate, pe care o descrie ca fiind un „șvaiter” după numărul de modificări care i s-au adus de-a lungul timpului. Dr. Răzvan Socolov reclamă faptul că nu există nicio strategie unitară în legislația din domeniu, iar legea a devenit greu de pus în aplicare și este imposibil de creat vreă strategie în baza ei care să dezvolte sistemul.

„Sunt multe lucruri pe care am putea să le schimbăm: spre exemplu, de la nivel de universitate, ar putea fi modificat modul în care absolvenții de medicină generală care nu se înscriu la rezidențiat nu au drept de practică. Ei ar putea să intre foarte bine,

cum era și pe vremea în care am terminat eu, ca medici de familie după ce își dau licența, urmând ca ulterior să se specializeze. Diploma nu îți oferă un drept de practică, iar asta nu este în regulă”, a explicat dr. Răzvan Socolov.

La nivelul medicinei primare, acesta crede că ar trebui să se pună mai mult accentul pe screening și pe prevenirea anumitor boli, iar centrele de permanență ar trebui să fie resuscitate: scoase de sub controlul administrațiilor locale, care „nu sunt foarte eficiente cu banii”, încurajate și dezvoltate.

„La fel și la nivel de ambulatoriu, cred că sunt

puține policlinici, deși sistemul privat a completat în multe locuri lipsurile. Însă chiar și din acest punct de vedere, privatul nu e accesibil tuturor și nu e o soluție pentru un anumit tip de screening. La nivelul spitalelor ar trebui să avem o mai bună stratificare a competențelor. Că tot vorbim mult de Spitalul Regional de Urgență, dacă acesta va trata, așa cum face astăzi «Sf. Spiridon», toate cazurile de la apendicita la cine știe ce chestiuni grave, va ajunge tot la colmatare. Trebuie un sistem de competențe și de unități intermediare, cum ar fi în obstetrică: nivelul 1 tratează simptomatologia

simplă, nașterea naturală și cezariana doar în cazuri extraordinare; nivelul al doilea - nașterea naturală cu cezariană și nivelul al treilea, toate cazurile dificile, anomaliile severe etc.”, a detaliat dr. Răzvan Socolov.

Spitalele să fie grupate pe grad de competență

Medicul spune că în momentul de față totul ar trebui gândit ca un sistem, nu ca funcționarea unor unități individuale independente, în care fiecare spital „își ia RMN și CT și tratează orice”, fără a conta un nivel de competență. Din punctul acesta de vedere, dr. Răzvan Socolov se declară un admirator al sistemului francez, unde a și lucrat o perioadă. El spune că a fost impresionat de faptul că medicina primară este foarte bine pusă la punct, inclusiv la nivel de ambulatoriu. Sunt medici primari care lucrează doar așa, aproape exclusiv în sistem ambulatoriu, iar când au nevoie să opereze câte un caz „pacientul închiriază o sală de operație, cum ar veni, într-un spital, și se fac intervențiile respective”.

„În Franța spitalele sunt eficiente pentru că există nivele de competențe pentru fiecare. Toți știu ce se poate rezolva în spitalul respectiv, nimeni nu se aruncă la lucruri prea complicate, iar dirijarea cazurilor se face mult mai rațional. În sistemul lor, echivalentul Direcțiilor de Sănătate Publică, autoritățile de sănătate, sunt mult mai implicate, tehnologizate. Îi ajută și asigurările private, care sunt absolut rezonabile, iar suprapuse peste asigurarea de bază face ca marea majoritate a populației să



Dr. Răzvan Socolov

și permită o astfel de asigurare care să îi ofere toate intervențiile obișnuite. Iar cu excepția categoriilor realmente defavorizate, la ei toată lumea plătește sistemul medical și este rambursat ulterior, nu ca la noi unde «se lucrează pe datorie», iar Casa de Asigurări plătește când și cât vrea”, a subliniat dr. Răzvan Socolov.

La nivel de schimbări, medicul crede că ar fi nevoie de o nouă lege în sănătate, care să ducă la creșterea autonomiei spitalelor, dar și la spargerea monopolului Casei de Sănătate, să fie întărite asigurările de sănătate private și să fie suplimentate și fondurile pentru

că în final „total se rezumă la bani”.

„Așfel ar putea fi convinși și rezidenții să rămână, acum cred că o problemă ar fi cea legată de rezidenți, nu sunt văzute într-o oarecare perspectivă. Dacă scoți zece posturi de rezidenți, nu sunt și zece posturi de medic specialist - unii au locuri în anumite spitale, dar vorbim de mai puțin de jumătate și, evident, restul nu au o tragere de inimă să rămână în țară. Merg în străinătate unde este un sistem care funcționează foarte bine și la care se adaptează foarte ușor”, a conchis dr. Răzvan Socolov.

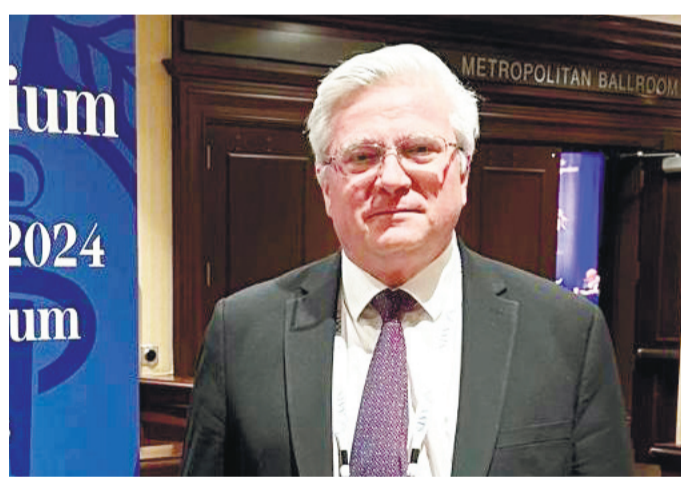


Prof.dr. Grigore Tinică: „Sistemul medical românesc merge mai bine decât societatea în care trăim”

Ina DUMITRESCU

Prof.dr. Grigore Tinică, chirurg cardiovascular, managerul Institutului de Boli Cardiovasculare „George Georgescu” Iași, spune că sistemul românesc de sănătate încă are suficiente lucruri bune de oferit. Mai mult decât atât, medicul spune că, deși de multe ori este blamat, dacă s-ar realiza „o radiografie corectă și onestă”, acest sistem ar reprezenta „o parte a societății românești care merge cel mai bine”.

„Este foarte greu de găsit un domeniu al activității sociale sau economice din țara noastră care este la fel de bine încheiat precum sistemul de sănătate. Dacă facem o retrospectivă a anilor de pandemie vedem că acest sistem a fost destul de robust în perioada respectivă și a reușit să treacă peste pandemie cu mai puțin pierderi decât alte sisteme consacrate din Europa Occidentală spre care toată populația țării noastre tind. Trebuie să recunoaștem însă că și sistemele de sănătate din alte țări au plusurile și minusurile lor. Nici al nostru nu face excepție, dar el trebuie analizat prin prisma unor specialiști care cunosc bine sistemele de sănătate din toată lumea, inclusiv din România, nu prin prisma unor emoții de moment și mai ales emoții care se promovează atunci când apare în media un caz special care ține prima pagină



Prof.dr. Grigore Tinică

a jurnalelor de știri”, a declarat prof.dr. Grigore Tinică.

Propunere: medicii să conducă o perioadă România

Managerul IBCV consideră că una dintre calitățile pe care le are sistemul medical din țara noastră este funcționalitatea sa. Din acest motiv, el crede că, pentru o perioadă ar trebui ca medicii să conducă România, și atunci „lucrurile se vor schimba și în societatea românească”.

„De când am venit la Iași eu încerc să schimb și să merg înainte, dar am impresia că nu m-am născut în epoca mea. De exemplu, în cazul Institutului Regional de Boli Cardiovasculare, a fost făcut un studiu de oportunitate și necesitate pe 87 de pagini extrem de bine documentat de specialiști în domeniu. Pe baza acestuia s-a realizat studiul de fezabilitate pentru institut. S-a obținut și autorizația de construcție, dar s-au găsit

unii politicieni care au blocat acest proiect, afirmând că viitorul institut ar fi mare și s-ar cheltui prea multe resurse. Ei, politicienii de fapt generează legi, ordonanțe, cadrul legislativ pentru dezvoltarea sistemului medical românesc. Acest exemplu ne arată că oricât de mulți doctori buni și foarte buni am avea în România, sistemul la un moment dat este blocat pentru că unii nu înțeleg direcția și perspectiva”, afirmă medicul.

Sistemul spaniol ar trebui predat în școlile de management sanitar din România

Managerul Institutului de Boli Cardiovasculare „George Georgescu” consideră că există la ora actuală țări ale căror sisteme de sănătate pot constitui modele. Un astfel de exemplu este Spania, unde toată populația are acces la serviciile de sănătate pentru că resursele sunt dirijate coerent. Din acest motiv, prof.dr. Grigore Tinică spune că siste-

mul spaniol ar trebui predat în școlile de management sanitar din România.

„Și în Cuba, spune medicul, sistemul medical pune un mare accent pe prevenție cu resurse puține, iar în Belarus sistemul de transplant este extraordinar de bine pus la punct deși resursele sunt limitate.

„Sistemul american este foarte bun pentru oamenii cu bani. Acolo dacă ești angajat, dacă ești asigurat, dacă ai resurse atunci ești tratat la cel mai înalt nivel. În schimb dacă nu ești angajat, dacă ești șomer, atunci tratamentele sunt minime. De aceea speranța de viață în SUA este mai mică, cu toate că se consumă resurse enorme, decât în țări precum Spania, Franța, Japonia. Există sisteme extrem de

costisitoare, care merg excepțional, dar pe alocuri și mai greu, altele cu resurse mai mici, dar cu reguli stricte. Sistemul nostru românesc, având în vedere resursele alocate, este un sistem care face față necesităților poporului”, a apreciat prof.dr. Grigore Tinică.

Prof.dr. Grigore Tinică crede că, în general, de la formare, medicii sunt o categorie de oameni care trec prin foarte multe concursuri, examene, sunt oameni care studiază extrem de mult pentru a-și face profesia, iar acest lucru pune o presiune suplimentară asupra lor. În opinia sa, dacă nu sunt lăsați să și-o facă, preferă să se retragă, iar aceasta ar și o explicație a faptului că mulți rezidenți aleg să plece din țară.



Dr. Florin Roșu: „Empatia și grija față de pacienți să ne caracterizeze pe toți”

Ina DUMITRESCU

Dr. Florin Roșu, managerul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” din Iași, consideră că este un lucru bun că, în momentul de față, sistemul medical românesc este unul social. Un sistem în care pacienții nu sunt refuzați, indiferent dacă aceștia au contribuit sau nu în cadrul sistemului de sănătate, atunci când vine vorba despre o urgență sau o situație particulară.

„Îndemnul, din punctul meu de vedere, este ca empatia și grija față de pacienți să ne caracterizeze pe toți cei care activăm în sectorul medical. Sistemul este funcțional datorită profesionalismului din domeniu care știu cum să gestioneze diversele patologii și, mai mult decât atât, se preocupă de pregătirea corectă a viitorilor medici”, a declarat dr. Florin Roșu.

Convingerea rezidenților să rămână în țară: prioritate națională

Dr. Florin Roșu spune că România nu ar putea să preia în mod automat un sistem medical dintr-o altă țară care să se potrivească „mănușă” pe nevoile noastre. Dar că modelele funcționale din jur



Dr. Florin Roșu

pot fi surse de inspirație pentru unele chestiuni administrative, medicale sau de îngrijire generală a pacienților.

„Lucrarea mea de masterat a avut ca temă comparația sistemelor medicale din mai multe țări și comisia a considerat, pe bună dreptate, să îmi adreseze întrebarea: «care ar fi cel mai bun sistem medical pentru România?» Ca răspuns consider și în acest moment că fiecare țară trebuie să își adapteze sistemul medical în funcție de specificul zonei. Ar trebui să înțelegem că nu există un sistem unitar pentru toate regiunile. Fiecare sistem de sănătate trebuie adaptat nevoilor populaționale”, a precizat dr. Florin Roșu.

Conform statisticilor de specialitate, spune medicul infecționist, mai mult de jumătate dintre medicii rezidenți își doresc să plece din țară pentru a profesa pe alte meleaguri. Motivele sunt variabile de la lipsa locu-

rilor de muncă și a unei dotări corespunzătoare în unitățile sanitare, la chestiuni legate de respectul pentru profesie. Dr. Florin Roșu consideră că a-i convinge pe medicii rezidenți să lucreze în spitalele din România ar trebui să reprezinte o prioritate națională. Dar este nevoie ca și aceștia să îndeplinească anumite criterii: să dea dovadă de empatie, grijă față de pacienți, să aibă dorința de a performa în profesia lor.

„Dacă va avea și o relație bună cu coordonatorul de rezidențiat, sigur va primi ulterior recunoașterea corespunzătoare, renunțându-se la simpatii și nepotisme. Vom reuși să ajungem la nivelul dorit și anume să avem o populație sănătoasă, să avem empatie față de pacienți și față de aparținători și, nu în ultimul rând, un act medical așa cum părinții și bunicii noștri merită”, a concluzionat dr. Florin Roșu.



Cum pregătim copilul pentru un consult ORL

Dr. Mădălina Bobeică, medic primar ORL, Arcadia: Un consult ORL este o **examinare medicală specializată care se concentrează pe urechi, nas și gât**. El ajută la diagnosticarea și tratamentul afecțiunilor din aceste zone sensibile ale capului.



Consultul ORL este o etapă importantă pentru sănătatea copilului tău încă din primele luni de viață. Este esențial ca această experiență să fie una pozitivă și plăcută, deoarece poate influența modul în care copilul va percepe îngrijirea medicală pe viitor.

Pregătirea copilului pentru consultul ORL

Este important să comunici deschis cu copilul despre importanța consultului ORL și să îi explici în mod simplu scopul acestei vizite. Creează un mediu relaxant și încurajează copilul să exprime liber orice întrebări sau temeri legate de consultul tău de acasă.

Părinții joacă un rol crucial în asigurarea copilului că va fi în siguranță și

protejat pe tot parcursul consultului. Este important să fii empatic și să oferi sprijin emoțional constant.

Pentru a reduce eventuala anxietate a copilului, poți utiliza jucării sau alte instrumente pentru a-i explica cum vor decurge procedurile. Acest lucru poate transforma o experiență medicală într-o aventură plină de descoperiri. Creativitatea și imaginația pot fi aliate eficiente în deschiderea unui dialog constructiv cu copilul.

Atitudine pozitivă a personalului medical

În cabinet adoptăm întotdeauna o atitudine prietenoasă cu scopul de a oferi o atmosferă de încredere și confort copilului. Un medic cald și prietenos poate face o diferență majoră în percepția consultului ORL.

În cazul în care copilul simte frică sau disconfort, aplicarea unor tehnici de relaxare și abordarea cu calm și înțelegere pot ajuta la reducerea anxietății și la eficientizarea consultului.

Noi încurajăm copiii să participe activ în discuții și să-și exprime întrebările și nelămuririle, crescând astfel încrederea în actul medical și stabilind o legătură emoțională cu aceștia.

Atitudinea părinților

Părinții au și ei rolul de a modela o atitudine calmă și emoțional stabilă în timpul consultației. Implicarea activă și sprijinul necondiționat pot crește încrederea micuțului și reduce anxietatea.

În cazul în care apar reacții neașteptate sau temeri iraționale, este esențial să intervenim calm și să rezolvăm ferm situația pentru a restabili încrederea copilului și a relua consultația.

La sfârșitul consultului, odată ajuns acasă, oferă copilului un feedback pozitiv și fă o scurtă recapitulare a consultației, consolidând încrederea și înțelegerea sa în necesitatea vizitelor medicale, încurajând totodată o abordare preventivă.

Pregătirea copilului pentru un consult ORL este o componentă importantă a asigurării unei experiențe medicale pozitive și eficiente. Prin comunicare deschisă, sprijin emoțional constant și implicare activă din partea medicului și a părinților, copilul va depăși eventualele frici legate de vizita la medic, construind astfel o relație sănătoasă cu sistemul medical.

Pentru programarea unei consultații ORL, aveți la dispoziție numărul de telefon **0232 920, Call Center Arcadia.**

Dietele începute vara între alimentele proaspete de sezon și tentațiile de vacanță

Adriana Cristea, 42 ani, Iași: După două sarcini și un serviciu - sunt economisă - care mă ține pe scaun câte 9 ore, zilnic, am „reușit” să pun pe mine aproape 20 de Kg. De la 62 Kg, cât aveam înainte de primul copil, acum am 81 Kg. Nu mă simt confortabil și mi-aș dori să încep o dietă supravegheată. Am mai avut în ultimii ani astfel de tentative dar, de fiecare dată, ba erau sărbători, ba plecăm în vacanță sau pur și simplu eram copleșită de problemele casei. Medicul meu de familie mi-a spus că mi-ar fi mai ușor să respect un program alimentar dacă încep dieta în timpul verii.

Adina Rusu, dietetician autorizat, președinte Colegiul Dieteticienilor Iași: „Indiferent de anotimpul în care ne decidem că este momentul să rezolvăm problema kilogramelor în plus, trebuie să conștientizăm faptul că scăderea în greutate presupune schimbarea stilului de viață și nu doar o dietă pe care să o abandonăm la prima vacanță sau atunci când trecem printr-o perioadă mai stresantă. Corectarea alimentației sub îndrumarea unui specialist este mai facilă, mai corectă și mai utilă, în special, în cazul celor care au avut mai multe încercări eșuate de diete.



sărace din punct de vedere caloric, dar bogate în apă, fibre, în vitamine și în minerale.

Așadar, fiecare anotimp vine cu provocările sale și, atunci când ne decidem să ne corectăm alimentația, cele mai importante sunt motivația de la începutul regimului și perseverența, respectiv înverșunarea noastră de a trece chiar și peste momentele în care nu am reușit să urmărim indicațiile dieteticianului așa cum ne-am fi dorit, precum și puterea de a continua drumul ales către o sănătate mai bună, indiferent de obstacolele care ne ies în cale.

Perioadele stresante, somnul insuficient sau programul de lucru prelungit pot reprezenta o provocare pentru demersul nostru de a adopta un stil de viață sănătos. Din acest motiv este foarte important ca, sub îndrumarea unui specialist, să găsim soluțiile cele mai bune pentru noi, astfel încât să reușim să depășim toate aceste obstacole. Mai mult, o alimentație echilibrată ne poate ajuta să gestionăm mai bine stresul, să ne odihnim mai bine și să fim mai eficienți în activitățile noastre de la serviciu. Este important ca, indiferent de soluția aleasă, să fim blânzi cu noi, să avem răbdare și să conștientizăm faptul că nu putem face toate schimbările brusce, de la o zi la alta.

De asemenea, este important ca, atunci când ne propunem să slăbim, să evităm dietele extreme, foarte stricte, deoarece acestea privează organismul de nutrienți esențiali pentru buna sa funcționare și pot cauza probleme grave de sănătate. Regimurile drastice pot duce la atrofia mușchilor din întregul corp, cauzând scăderea masei mus-

culare. Dacă pierderea în greutate este extrem de rapidă, poate fi afectată și musculatura viscerală, cum ar fi, de exemplu, mușchii inimii, cu efecte negative pe termen lung. Mai mult, dietele extreme pot cauza creșterea nivelului corticosteronului, un hormon care face creierul mai susceptibil la stres, crescând și riscul de depresie. Așadar, adoptarea unor schimbări treptate, etapizate, reprezintă o soluție pe termen lung pentru corectarea alimentației și pentru gestionarea problemelor de greutate.

O altă greșală frecvent întâlnită este amânarea luării unor măsuri pentru gestionarea greutății, în speranța că situația se va remedia de la sine, că vor veni și perioade mai puțin stresante și în care putem acceda mai mult timp alimentației și în care ne putem ocupa de sănătatea noastră. Ajungem astfel ca, de la an la an, să acumulăm tot mai multe kilograme și să devenim tot mai lipsiți de motivație. Așadar, indiferent cât de mici sunt schimbările pe care ne decidem să le facem, este foarte important să nu le amânăm. Astfel, chiar dacă nu suntem decisi să apelăm la un specialist pentru coordonarea regimului, putem face schimbări ușoare, cum ar fi, de exemplu, înlocuirea pâinii albe cu o pâine integrală sau adăugarea legumelor în meniul nostru zilnic, ori reducerea cantității de zahăr din cafea. Deși schimbările mici, nesemnificative, în timp, acestea vor produce modificări majore pentru sănătatea noastră. Astfel, indiferent de anotimp, importantă este decizia de a rezolva problema kilogramelor în plus, de la decizia la acțiune fiind necesar doar un pas mic!

Există diferențe ale creierului în funcție de sex și de gen?

Cercetările de până acum privind diferențele dintre creierul masculin și cel feminin au fost ample, dar nu și concludente. Un nou studiu identifică acum unele variații notabile între creierul bărbaților și femeilor, precum și variații separate în funcție de genul unei persoane.

Cromozomii X și Y determină sexul unei persoane. Majoritatea femeilor au 46 de cromozomi XX, iar majoritatea bărbaților 46 XY.

În contrast, genul este asociat cu comportamentul, stilul de viață și experiențele acumulate. În termeni sociologici, genul unei persoane cuprinde caracteristici și comportamente culturale.

Acum, o echipă de cercetători din Statele Unite și Singapore a analizat activitatea cerebrală prin scanări RMN la 4 757 de copii în vârstă de 9 sau 10 ani: 2 442 de bărbați repartizați la naștere (AMAB) și 2 315 de femei repartizate la naștere (AFAB), care au luat parte la studiul ABCD (Dezvoltarea cognitivă a creierului adolescentului/Adolescent Brain Cognitive Development).

Datele au fost apoi comparate cu răspunsurile date de copii cu privire la sentimentele lor despre genul cu care se identifică și cu răspunsurile date de părinți cu privire

la comportamentul copilului, inclusiv semnele de disforie de gen.

Disforia de gen reprezintă disconfortul creat de identificarea unei persoane cu un gen diferit de cel atribuit la naștere. Aceste persoane se numesc transgender. Identitatea de gen este un atribut uman fundamental și este determinată de factori biologici (hormonali, neuroanatomici), de mediu și culturali.

„Aici, folosim termenul **‘sex’ pentru a indica caracteristici ale anatomiei fizice, fiziologiei, geneticii și/sau hormoniului unui individ la naștere și folosim termenul ‘gen’ pentru a indica caracteristici ale atitudinii, sentimentelor și comportamentelor unui individ**”, scrie echipa condusă de neurologul **Elvisha Dhamala** de la Institutul pentru Cercetări Medicale Feinstein din New York.

„Sexul nu este binar. Cu toate acestea, în eșantionul ABCD analizat în studiu toți participanții și-au raportat sexul fie ca femeie sau bărbat”.

Cu ajutorul algoritmilor de învățare automată, cercetătorii au identificat diferențe semnificative în conectivitatea creierului în funcție de sex, precum și diferențe mai subtile în conectivitatea creierului legate de gen.

A existat o distincție între variațiile bazate pe sex și cele bazate pe gen.

Potrivit autorilor, constatarea nu înseamnă că creierul masculin și feminin sunt conectate diferit de la naștere, ci indică faptul că o anumită activitate cerebrală în scanările evaluate, legate de mișcare, vedere și emoții, este un bun predictor al faptului că un creier este masculin sau feminin.

În timp ce predictorii pentru gen sunt mai puțin fiabili și mai puțin definiți, aceștia sunt corelați cu cei legați de sexul unui individ, dar sunt, de asemenea, diferiți de predictorii bazați pe sex și sunt mai răspândiți în creier.

„Sexul și genul au fost în mod tradițional confundate în cercetare, când ar fi trebuit să fie studiate separat”, spune Dhamala.

Distincția rezultă din modul în care biologia umană, inclusiv genele și hormonii, precum și mediul, inclusiv experiențele sociale ale unui individ, influențează creierul. Deoarece creierul nostru este extrem de modelabil, experiențele individuale interne și modul în care ceilalți ne tratează ne pot influența sexul, susțin autorii.

Autorii indică câteva implicații majore. De exemplu, unele afecțiuni precum

ADHD (tulburarea de deficit de atenție/hiperactivitate) și Parkinson sunt diagnosticate mai des la persoanele AMAB - bărbați repartizați la naștere, în timp ce anxietatea și Alzheimer sunt mai probabil diagnosticate la persoanele AFAB - femei repartizate la naștere.

Genul ar putea influența această prejudecată, la fel ca și sexul, și în moduri mai profunde decât s-ar putea presupune, scriu aceștia.

„Femeile, persoanele AFAB și minoritățile de sex/gen au fost excluse istoric din cercetarea biomedicală. În consecință, acest grup de persoane este mai probabil să fie subdiagnosticat sau diagnosticat greșit pentru tulburări cerebrale comune”, scriu cercetătorii.

„Colectiv, aceste rezultate sugerează că atât sexul, cât și genul sunt asociate cu conectivitatea funcțională individuală, iar aceste asociații pot sta la baza diferențelor de sex și gen care există în bolile legate de creier”.

Autorii studiului recunosc o limitare cheie a cercetării lor: cei implicați în cercetare nu au ajuns încă la pubertate, un moment crucial pentru identitatea de gen și sentimentele legate de aceasta. Rezultatele ar putea fi diferite în cazul grupurilor mai în vârstă.

Având în vedere cât de puternic influențează cultura genul, sunt necesare cercetări suplimentare pe o gamă mai largă de persoane din diferite țări și grupuri etnice. Între timp, poate că studiile asupra creierului ar trebui revizuite, sugerează autorii.

„Această cercetare face lumină asupra modurilor complexe și nuanțate în care factorii biologici și de mediu influențează organizarea creierului”, explică Dhamala, „și arată necesitatea de a lua în considerare sexul și genul unei persoane pentru a înțelege pe deplin sănătatea și boala de-a lungul întregii vieți umane”.

Cercetarea a fost publicată în revista Science Advances.

Proteine din sânge pot estima riscul de apariție a peste șaizeci de boli

Cercetările privind mii de proteine măsurate într-o picătură de sânge demonstrează capacitatea acestora de a indica apariția multor boli diverse.

Un studiu, realizat în cadrul unui parteneriat internațional de cercetare între grupul farmaceutic britanic GlaxoSmithKline (GSK), Universitățile Regina Maria, Cambridge și University College din Londra (UCL), și Institutul de Sănătate din Berlin de la Charité Universitätsmedizin, Germania, a fost publicat în revista Nature Medicine.

În lucrarea publicată, cercetătorii au utilizat date din proiectul Pharma Proteomics a UK Biobank (UKB-PPP), cel mai mare studiu proteomic de până acum, cu măsurători pentru aproximativ 3.000 de proteine plasmatiche dintr-un set selectat aleatoriu de peste 40.000 de participanți.

Datele privind proteinele au fost obținute din fișele medicale electronice ale participanților. Autorii au utilizat tehnici analitice avansate pentru a identifica, pentru fiecare boală, o „semnătură” a cinci până la 20 de proteine, cele mai importante pentru predicție.

Cercetătorii raportează capacitatea „semnăturilor” acestor proteine de a indica apariția a 67 de boli, inclusiv mielomul multiplu, limfomul non-Hodgkin, boala neuronului motor, fibroza pulmonară și cardiomiopatia dilatativă.

Modelele de predicție a proteinelor au depășit modelele bazate pe informații standard, înregistrate clinic. Predicțiile bazate pe numărul de celule din sânge, colesterol, funcția renală și testele de diabet (hemoglobină glicată) au avut rezultate mai slabe decât modelele de predicție a proteinelor pentru majoritatea exemplurilor.

Beneficiile pentru pacienți ale măsurării și discutării riscului de atac de cord și accident vascular cerebral („scoruri de risc cardiovascular”) sunt bine stabilite. Această cercetare deschide noi posibilități de predicție pentru o gamă largă de boli, inclusiv afecțiuni mai rare.

În prezent, diagnosticarea multora dintre acestea poate dura luni și ani, iar această cercetare oferă oportunități complete noi de diagnosticare în timp util.



și fără simptome și semne de boli și în diferite grupuri etnice.

„Măsurarea unei proteine pentru un motiv specific, cum ar fi troponina pentru diagnosticarea unui atac de cord, este o practică clinică standard. Sunt extrem de încântați de oportunitatea de a identifica noi markeri pentru screening și diagnostic din miile de proteine care circulă și care pot fi măsurate acum în sângele uman”, a declarat autorul principal, profesor **Claudia Langenberg**, directorul Institutului de Cercetări de Precizie în Sistemul de Sănătate (PHURI) de la Universitatea Regina Maria din Londra și profesor de medicină computațională la Institutul de Sănătate Charité Universitätsmedizin din Berlin.

Există o nevoie urgentă de studii proteomice pe diferite populații pentru a valida aceste constatări și de teste eficiente care pot măsura proteinele relevante pentru boală în conformitate cu standardele clinice, cu metode accesibile, au explicat cercetătorii.

„Mai multe dintre aceste semnături proteice au avut rezultate similare sau chiar mai bune decât proteinele deja testate pentru potențialul lor ca teste de screening, cum ar fi antigenul specific prostatei pentru cancerul de prostată”, a explicat dr. **Julia Carrasco Zanini Sanchez**, student cercetător la GSK și Universitatea Cambridge la acea

vreme și acum cercetător postdoctoral la PHURI.

Echipa a subliniat oportunitățile pe care semnăturile proteice le-ar putea avea pentru depistarea mai timpurie și, în final, pentru îmbunătățirea prognosticului în cazul multor boli, inclusiv afecțiuni grave precum mielomul multiplu și fibroza pulmonară idiopatică.

„Am identificat atât de multe exemple promițătoare, încât următorul pas este să selectăm boli cu prioritate ridicată și să evaluăm predicția lor proteomică într-un cadru clinic”, au explicat autorii.

O provocare cheie în dezvoltarea medicamentelor este identificarea pacienților cu cele mai mari șanse de a beneficia de noile abordări terapeutice.

Această cercetare demonstrează promisiunea utilizării tehnologiilor proteomice la scară largă pentru a identifica persoanele cu risc ridicat într-o gamă largă de boli și se aliază abordării cercetătorilor de a utiliza tehnologia pentru a aprofunda înțelegerea biologiei umane și a bolilor.

Lucrările viitoare vor extinde și vor îmbunătăți aceste cunoștințe, privind modul în care noile tehnologii sunt cel mai bine aplicate pentru a sprijini îmbunătățirea ratelor de succes și creșterea eficienței în descoperirea și dezvoltarea medicamentelor, spun cercetătorii.



O femeie din două va avea, de-a lungul vieții, cel puțin un episod de infecție urinară

Simona Stoian, 29 ani, Iași: „În urmă cu 6 ani, când am avut prima sarcină am avut și primul episod de infecție urinară. Am luat tratament și am depășit acel moment. Nu am mai avut probleme până acum 3 ani când, la a doua sarcină, am făcut iarăși infecție urinară și tot cu bacteria E.coli. De atunci, cam o dată pe an, uneori chiar și de două ori, traversez câte un astfel de episod. N-am înțeles niciodată de ce am luat această bacterie, în condițiile în care eu sunt extrem de atentă cu igiena mea. Pot face ceva, să pot preveni aceste episoade?”



Conf. Dr. Ionuț Nistor, medic primar nefrolog, Clinica de Nefrologie, Spitalul Clinic „Dr. C. I. Parhon”, Iași: „Infecțiile tractului urinar (ITU) sunt extrem de comune, în special în rândul femeilor. Se estimează că aproximativ 50-60% dintre femeile vor

experimenta cel puțin un episod de infecție urinară de-a lungul vieții. Acest lucru se datorează, în mare parte, anatomiei feminine, unde uretra este mai scurtă, facilitând accesul și multiplicarea bacteriilor.
Cauza principală a infecțiilor urinare este bacteria Escherichia coli (E.coli) care este prezentă în mod normal în tractul gastrointestinal. Printre alți factori care contribuie la apariția infecțiilor urinare se numără: sistemul imunitar slăbit; utilizarea cateterelor urinare; litiază urinară (pietre la rinichi); constipația, care permite bacteriilor din rect și anus să contribuie la apariția infecțiilor vaginale; spălăturile vaginale, care pot distruge flora bacteriană protectoare; adenomul de prostată, la bărbați, care împiedică eliminarea completă a urinei.
Infecțiile urinare pot fi clasificate în funcție de zona afectată:
- **cistita** - inflamația vezicii urinare, cel mai comun tip de infecție urinară la femei, cauzată în principal de E.coli.

- **uretrita** - inflamația uretrei, care poate afecta atât bărbații cât și femeile, adesea cauzată de agenți patogeni transmiși sexual, cum ar Chlamydia și gonococul.
- **pielonefrita** - inflamația rinichilor cauzată, de obicei, de o cistită netratată care poate afecta atât bărbații cât și femeile.
Simptomele variază în funcție de localizarea infecției:
- **Infecțiile urinare joase (cistite și uretrite):** urinări frecvente și în cantități mici, usturime sau dureri la urinare (disurie), senzația de presiune în partea inferioară a abdomenului, urină tulbură, urât mirositoare sau cu sânger.
- **Infecțiile urinare superioare (pielonefrite):** dureri de spate sau în părțile laterale sub cutia toracică, febră mare (peste 38 de grade), greață, vărsături, frisoane și tremurături.
Diagnosticul ITU implică, de obicei, efectuarea unei analize a urinei și a unei uroculturi, pentru identificarea bacteriei responsabile. De asemenea, se poate efectua o antibiogramă, pentru a determina sensibilitatea bacteriei la diferite antibiotice.
Tratamentul standard pentru ITU include: antibiotice, prescrise pe baza rezultatelor antibiogrammei; probiotice, pentru a susține flora bacteriană benefică; remedii naturiste, cum ar fi ceaiul de merisor, cunoscut pentru proprietățile sale antioxidante și antibacteriene.

Infecțiile urinare netratate pot duce la complicații severe: recurența infecțiilor; pielonefrita, care poate provoca inflamația rinichilor; pierderea sarcinii, naștere prematură sau greutate scăzută a fătului, la femeile însărcinate; uretritele recurente la bărbați, ducând la îngustarea uretrei. În cazuri severe, poate să apară sepsisul, o infecție generalizată.
Măsurile preventive sunt esențiale și includ: consumul adecvat de lichide, pentru a dilua urina și a crește frecvența urinării; menținerea unei bune igiene intime; evitarea utilizării excesive a spălăturilor vaginale; practicarea exercițiilor fizice pentru întărirea musculaturii pelvine.
Și, evident, consultul medical regulat pentru monitorizarea stării de sănătate. Prin adoptarea acestor măsuri, riscul de a dezvolta o infecție urinară poate fi redus semnificativ. ●



Reducerea timpului petrecut pe ecrane îmbunătățește sănătatea mentală a copiilor

Oamenii de știință au constatat într-un nou studiu că reducerea drastică a timpului liber petrecut de copii pe ecrane la doar trei ore pe săptămână poate duce la îmbunătățiri semnificative ale sănătății mentale și comportamentului acestora în doar două săptămâni.
O nouă cercetare, condusă de dr. Jesper Schmidt-Persson de la Universitatea din Danemarca de Sud, oferă o strategie puternică și aplicabilă pentru părinții preocupați de sănătatea copiilor lor în lumea din ce în ce mai digitală în care trăim.
Studiul, publicat recent în revista Jama Network Open, a implicat 89 de familii cu 181 de copii și adolescenți cu vârste cuprinse între 4 și 17 ani.
Jumătate dintre aceste familii au fost rugate să limiteze timpul liber petrecut pe ecrane la maximum trei ore pe săptămână, pe persoană - o reducere drastică față de media de șapte până la opt ore pe zi pe care mulți copii o petrec în mod obișnuit pe ecrane pentru divertisment.
Rezultatele au fost remarcabile. După doar două săptămâni (14 zile) de la acest regim de reducere a timpului petrecut pe ecran, copiii din grupul de intervenție au prezentat îmbunătățiri semnificative în ceea ce privește comportamentul lor general și sănătatea emoțională.
Folosind un instrument de evaluare standardizat numit Chestionar privind punctele forte și dificultățile (SDQ), cercetătorii au constatat că acești copii au înregistrat o scădere a dificultăților comportamentale echivalentă cu trecerea

de la categoria „limită” la categoria „normală”.
Această îmbunătățire rapidă și substanțială este deosebit de izbitoare având în vedere durata scurtă a studiului.
Constatarea sugerează că, și o perioadă scurtă de reducere a timpului petrecut în fața ecranului poate avea beneficii măsurabile pentru sănătatea mentală a copiilor.
Cele mai notabile îmbunătățiri au fost observate în ceea ce privește simptomele de internalizare - cele legate de problemele emoționale și dificultățile cu colegii - și în comportamentul prosocial, care implică atenția și ajutorul față de ceilalți.
Constatarea indică faptul că reducerea timpului petrecut în fața ecranului îi poate ajuta pe copii să își proceseze mai bine emoțiile și să își îmbunătățească interacțiunile sociale.
Dr. Schmidt-Persson subliniază faptul că limita de trei ore se aplică în mod specific timpului petrecut pe ecran în timpul liber, fără a include utilizarea ecranului pentru școală sau teme. Această distincție este esențială, deoarece se concentrează pe moderarea utilizării ecranului în timpul liber, mai degrabă decât pe eliminarea întregului timp petrecut pe ecran.
Concluziile studiului sunt deosebit de relevante în peisajul digital actual, în care timpul petrecut de copii pe ecran a atins niveluri fără precedent, spun specialiștii.

Studii recente indică faptul că mulți copii și adolescenții petrec între 7 și 8 ore pe zi pe ecrane doar pentru divertisment, fără a include timpul petrecut pe ecrane în scopuri educaționale.
În timp ce, cercetările anterioare au sugerat o legătură între timpul excesiv petrecut pe ecran și sănătatea mentală precară, acest studiu este unul dintre primele care demonstrează o relație cauzală fiind unul controlat și randomizat.
Viteza și amploarea îmbunătățirilor observate oferă dovezi convingătoare pentru beneficiile potențiale ale reducerii timpului petrecut în fața ecranului.
Cercetătorii avertizează însă că aceste rezultate nu trebuie să fie interpretate ca un apel la eliminarea completă a utilizării ecranului. În schimb, ei pledează pentru o abordare mai echilibrată, în care familiile stabilesc limite rezonabile și se angajează împreună în activități alternative.
Pentru părinții care caută modalități practice de a sprijini sănătatea mentală a copiilor lor, acest studiu oferă un obiectiv clar și realizabil: nu mai mult de trei ore de timp liber pe ecran pe săptămână.
Constatarea studiului deschid noi căi pentru cercetări viitoare, inclusiv investigații privind efectele pe termen lung ale reducerii susținute a timpului petrecut în fața ecranului și dezvoltarea de strategii practice pentru a ajuta familiile să obțină și să mențină obiceiuri digitale mai sănătoase. ●

URINARY TRACT INFECTION - UTI

A urinary tract infection (UTI) is an infection in any part of your urinary system.

Implanturi pliabile care „se deschid” în creier ar putea controla epilepsia

Noua tehnologie ar putea reduce semnificativ numărul de operații pe creier necesare pentru pacienții cu epilepsie, susțin oamenii de știință.
Micile implanturi pliabile care se desfac în creier după ce au fost introduse ar putea face operațiile de epilepsie mai sigure și ar putea îmbunătăți diagnosticul pentru sute de pacienți care sunt operați în fiecare an, cred oamenii de știință.
O echipă de cercetare condusă de Universitatea Oxford a declarat că electrozii dezvoltati de echipa de cercetare, inspirați de arta japoneză a origami-ului, pot intra printr-o mică fantă chirurgicală cu o lățime de aproximativ 6 mm și pot acoperi o suprafață de cinci ori mai mare odată ce sunt complet desfășurați pe suprafața creierului.
Echipa, care a inclus, de asemenea, oameni de știință de la Universitatea Cambridge, a declarat că această tehnologie ar putea reduce în mod semnificativ numărul de operații pe creier necesare pentru pacienții cu epilepsie, reducând în aceeași măsură timpul de recuperare și riscul de infecție.
Christopher Proctor, profesor asociat la Departamentul de Științe Inginerești la Universitatea Oxford, a declarat că lucrarea prezintă o „nouă abordare” pentru conectarea directă cu „zone mari ale creierului printr-o intervenție chirurgicală mică cât dimensiunea unei găuri de chei”.

O placă dreptunghiulară de silicon, cu 32 de electrozi încorporați, dispozitivul este capabil să se plieze ca un acordeon, permițându-i să treacă printr-o incizie chirurgicală de aproximativ 6 mm lățime.
Odată poziționat pe suprafața creierului, o cameră presurizată din placă, umplută cu lichid, se umflă și desfășoară dispozitivul la dimensiunea sa inițială de 600 mm pătrați.
Atunci când au fost testați pe porci, electrozii pliabili au fost capabili să detecteze și să înregistreze cu precizie activitatea cerebrală, au declarat cercetătorii.
Dr. Damiano Barone a declarat că scopul este, în cele din urmă, acela de a „îmbunătăți nivelul de precizie a diagnosticului în epilepsie și, prin urmare, (de a face) o operație mai sigură de epilepsie pentru un număr mai mare de persoane”.
Oamenii de știință caută acum să rafineze dispozitivul, cu scopul de a începe studiile pe pacienții din Marea Britanie, în termen de doi ani.
Echipa a declarat că analizează, de asemenea, dacă acești electrozi ar putea fi utilizați pentru a ajuta și alți pacienți, inclusiv pe cei care sunt paralizați sau și-au pierdut capacitatea de a vorbi.
„Este o tehnologie de platformă care oferă posibilitatea de a deveni interfața cu zone mari ale cortexului cerebral asociate cu controlul, mișcarea, senzația, vederea și vorbirea. Deci, are potențialul de a restabili astfel de funcții atunci când acestea au fost pierdute”, a declarat Dr. Barone.
Dr. Lawrence Coles, cercetător post-doctoral la Departamentul de Inginerie al Universității Cambridge, a precizat că: „pe lângă epilepsie, această abordare ar putea fi utilizată pentru diagnosticarea și tratarea altor afecțiuni care duc la crize cerebrale, cum ar fi anumite tumori cerebrale”.

„Aproximativ 79 de persoane din Regatul Unit vor afla în fiecare zi că suferă de epilepsie, astfel încât nevoia de noi tratamente de diagnosticare care ar putea diminua acest impact și ar oferi oamenilor o calitate mai bună a vieții nu a fost niciodată mai mare”, spune **Tom Shillito**, de la Epilepsy Action
Comentând cercetarea, Tom Shillito, manager pentru îmbunătățirea sănătății și cercetare la Epilepsy Action, care nu a fost implicat în studiu, spune că, „obținerea unui diagnostic de epilepsie poate fi un demers complex, necesitând adesea proceduri invazive pentru a înregistra și monitoriza activitatea creierului și pentru a determina tratamentul ulterior”.
„În același timp, persoanele care se confruntă cu crize se vor confrunta, de asemenea, cu faptul că au o afecțiune fluctuantă care le schimbă viața și care, în unele cazuri, poate fi fatală. Este de interes să auzim rezultatele pozitive ale constatărilor studiului inițial, care s-ar putea traduce într-un tratament cu adevărat inovator și promițător pentru persoanele cu epilepsie - așteptăm cu nerăbdare să vedem cum se dezvoltă”, a precizat acesta.
Ley Sander, director medical la Epilepsy Society și profesor de neurologie la University College din Londra, care, de asemenea, nu a fost implicat, spune că, „aceasta este o nouă abordare a chirurgiei creierului, dar este încă mult în fază incipientă”.
Orice progres care reduce natura invazivă a operației pe creier și riscul de infecție trebuie să fie binevenit, mai ales dacă promite un timp de recuperare mai scurt, a precizat acesta.
Cercetarea a fost publicată recent în revista Nature Communications. ●

Au fost identificate regiuni din creier unde se crede că apare schizofrenia

Oamenii de știință cred că au descoperit regiunile din creier unde apare schizofrenia, ceea ce ar putea face ca debutul tulburării neurologice să fie mai ușor de diagnosticat cu ajutorul unei scări cerebrale RMN standard.
Cercetătorii susțin că scanările RMN de rutină ar putea revoluționa modul în care este diagnosticată și tratată schizofrenia, îmbunătățind rezultatele pentru cei afectați.
Folosind un nou proces analitic cunoscut sub numele de „cartografiere a epicentrului”, o echipă internațională de cercetători a căutat asemănări și diferențe între scanările cerebrale a 1.124 de persoane cu schizofrenie și a 1.046 de persoane sănătoase de control.
Deși datele au indicat că schizofrenia poate proveni dintr-o varietate de zone, anomaliile din două structuri cerebrale cu legături stabilite pentru limbaj și procesarea emoțională s-au evidențiat ca fiind semnificative: zona Broca și cortexul frontoinsular.
„Acest lucru ne spune că fiecare persoană care suferă de această afecțiune are un punct de plecare unic care poate explica diferențele de simptome între pacienți”, spune medicul psihiatru **dr. Lena Palaniyappan** de la Universitatea canadiană McGill. „Dar există un proces comun care duce la modificări mai difuze, deși subtile, ale structurii creierului”.
O parte a problemei în tratarea eficientă a schizofreniei constă în faptul că aceasta se manifestă diferit la pacienți.
Deși există terapii pentru această tulburare care pot avea un efect pozitiv, identificarea pacienților care vor beneficia de ele poate fi dificilă.
Cercetătorii afirmă că tehnica de cartografiere a epicentrului ar putea fi utilizată pentru a ajuta la identificarea persoanelor care vor beneficia de tratamente axate în special pe limbaj și comunicare.
Dacă medicii specialiști pot obține mai multe informații despre un diagnostic din scanările cerebrale care sunt relativ rapid și ieftin de efectuat, atunci există potențialul de a adapta tratamentele mai precis și de a face o diferență pentru pacienți.

Epicenter degree pattern

„Această perspectivă oferă un indicu important cu privire la vechea întrebare dacă schizofrenia este o boală sau mai multe”, spune dr. Palaniyappan.
Caracterizată prin afectarea gândirii și percepției care distorsionează realitatea, schizofrenia afectează aproximativ una din 300 de persoane la nivel mondial, potrivit Organizației Mondiale a Sănătății (OMS). Cu toate acestea, cauzele exacte și procesele implicate sunt variate, ceea ce face dificilă identificarea persoanelor care sunt mai expuse riscului.
Studiile au scos la iveală rezultate interesante, cum ar fi o legătură între deținerea unei pisici și riscul de schizofrenie (posibil din cauza unui parazit care poate infecta felinele), precum și semne că problemele cerebrale asociate pot începe în utero.
La fel ca în cazul majorității tulburărilor de acest gen, mai multe cunoștințe despre modul în care începe și progre-

Experti independenți au salutat noua tehnică ca fiind „de interes”, afirmând că oferă „speranțe reale” pentru pacienți.
Epilepsia, care afectează una din 100 de persoane din Marea Britanie, este cauzată de explozii de activitate electrică în creier, care afectează temporar funcționarea acestuia, ducând la crize frecvente.
Speranța este că sondele de tip origami vor ajuta la localizarea locului de origine al acestor crize în creier, oferind o modalitate mai sigură și mai eficientă de a diagnostica cu exactitate această afecțiune atunci când alte teste eșuează.
În prezent, există în principal două tipuri de intervenții chirurgicale efectuate pentru a monitoriza activitatea electrică din creier: electrocorticografia (ECoG) și stereoelectrocorticografia (SEEG).
Procedurile ECoG sunt foarte invazive, necesitând adesea ca chirurgii să taie o fereastră mare în craniu pentru a plasa electrozii direct pe suprafața creierului și, prin urmare, nu sunt efectuate în mod obișnuit.
Operațiile SEEG sunt mai puțin invazive - aproximativ 200 de operații fiind efectuate în Regatul Unit în fiecare an - însă sondele de tip „tâței” acoperă doar o suprafață foarte mică a creierului, penetrând în schimb mai adânc în țesut.
Damiano Barone, neurochirurg și lector la Universitatea Cambridge, a declarat că electrozii pliabili ar putea fi utilizați în combinație cu sondele SEEG pentru a îmbunătăți diagnosticarea epilepsiei.



Cum se vede de la ATI Iași scandalul controversat de la Spitalul Pantelimon? Când efectele adverse ale substanțelor depășesc beneficiile?

Ancuța POPA

Situația de la Spitalul Pantelimon a generat reacții negative, pe care unii medici le consideră premature, având în vedere că încă sunt multe detalii de clarificat. Reprezentanții Societății Române de Anestezie și Terapie Intensivă afirmă că cei doi medici de la Spitalul Sf. Pantelimon nu pot fi acuzați de omor cu premeditare, întrucât au acționat corect în cazul pacientului care a decedat în spital. Cum văd lucrurile medicii urgențiști ieșeni?

Medicii din Iași consultați de „Ziarul de Iași” spun că e bine să lăsăm comisia de specialitate să emită un verdict, dar subliniază că există o posibilitate ca medicii să fi efectuat corect intervențiile.

Logic este de a reduce utilizarea sau de a întrerupe complet administrarea acelor substanțe

„Substanțele utilizate în terapia intensivă au atât efecte benefice, cât și

efecte adverse. Pe lângă rezultatele pozitive pe care le urmărim, aceste substanțe pot avea și efecte nedorite. Atunci când observăm că efectele adverse depășesc beneficiile pe care le aduc, decizia logică este de a reduce utilizarea sau de a întrerupe complet administrarea acelor substanțe”, ne-a declarat dr. Constantin Plugaru, medic specialist ATI.

Dr. Constantin Plugaru explică faptul că există situații în care pacienții ajung din păcate în stadii terminale ale unei boli cronice sau în urma unor accidente grave, unde, din păcate, lupta este pierdută și nu mai este posibil să se facă nimic pentru ei. În aceste cazuri, medicii discută cu familia și le explică în prealabil, adesea după ce au discutat între ei pe secție. Le comunică faptul că prognosticul este rezervat și că pacientul nu mai are nicio șansă de recuperare.

Din partea familiei, adesea apare întrebarea „Cât timp îl mai ținem?”. Medicul spune că răspunsul este întotdeauna că se asigură ca pacientul să primească suportul necesar atât timp cât este nevoie. Din păcate, nu există un protocol sau o legislație specifică în România, cum au multe state occidentale, pentru retragerea suportului medical, așa că acest lucru nu se întâmplă.



Orice medicament, de la vitamina C, algocalmin și până la medicamentele specifice terapiei intensive are indicații, contraindicații și efecte adverse

Dr. Liviu-Vlad Hârtie, medic primar ATI, spune la rândul său că trebuie să fim conștienți că orice medicament, de la vitamina C, algocalmin, până la medicamen-

tele specifice terapiei intensive, care nu pot fi achiziționate de la o farmacie obișnuită, are indicații, contraindicații și efecte adverse. În acest context, este dificil deoarece trăim într-o perioadă în care orice cetățean poate accesa informații medicale pe internet, însă acestea sunt de cele mai multe ori informații generale, nu personalizate pentru fiecare persoană în parte.

„Experiența acumulată în medicină de-a lungul anilor nu este degeaba. Nu

putem compara o informație găsită pe internet de un cetățean cu expertiza unui medic. Orice tratament trebuie să fie personalizat pentru fiecare pacient. De exemplu, unii pacienți cu hipertensiune arterială necesită anumite medicamente, în timp ce alții au nevoie de alte clase de medicamente. Este esențial să se țină cont de comorbiditățile pacientului, iar pentru aceasta, experiența medicului este crucială. În cazurile critice

de terapie intensivă, experiența joacă un rol foarte important. Chiar și medicilor cu experiență le este uneori dificil să ia decizii terapeutice, cum ar fi când să înceapă sau să oprească un tratament și cum să ajusteze parametrii acestuia. Este important să facem o distincție clară între informațiile găsite pe internet și experiența unui medic specialist sau a unui medic primar de terapie intensivă”, a declarat dr. Liviu-Vlad Hârtie.

Pe lângă 6 ani de facultate, 5 ani de rezidențiat și încă 5 ani de specialitate, cei doi medici vizați au și acreditare europeană

Acesta a explicat că un medic primar în anestezie și terapie intensivă are, pe lângă studiile primare, gimnaziale și liceale, 6 ani de facultate, 5 ani de rezidențiat și încă 5 ani de specialitate. Astfel, evidențiază că acești medici, care au susținut examenul de primariat, ajung să aibă în jur de 35 de ani și un background medical solid. Medicul subliniază că trebuie să luăm în considerare faptul că cei doi medici vizați au și acreditare europeană, iar examenul pentru aceasta sunt destul de dificil.

„Medicamentul trebuie administrat cu atenție și în doze foarte precise în terapie intensivă. La doze foarte mari, nu este recomandat să fie administrat în volume de 20 sau 15 ml/h. De obicei, în terapie intensivă, administrăm până la 10 ml, după care ajustăm tratamentul și regăndim întreaga medicație. În cazul specific menționat, doza de medicament a fost extrem de mare, ceea ce a dus la o tensiune arterială de aproximativ 50 sistolică și 30 diastolică, adică o tensiune arterială medie extrem de scăzută. În aceste

condiții, organele vitale nu au primit suficient oxigen”, a declarat dr. Liviu-Vlad Hârtie.

Dr. Liviu-Vlad Hârtie afirmă că, deși nu poate să se pronunțe definitiv asupra acestui caz, deoarece investigația este încă în desfășurare și nu toate detaliile sunt cunoscute, dorește totuși să tragă un semnal de alarmă cu privire la mediatierea excesivă a subiectului. El subliniază că multe persoane tind să creadă tot ce se scrie, ceea ce duce la pierderea încrederii în sistemul medical din România. Dr. Hârtie insistă că oamenii nu ar trebui să își piardă încrederea în cadrele medicale.

„Foarte multe persoane au pierdut încrederea în terapia intensivă și în Spitalul Pantelimon, și unii pacienți chiar refuză să se interneze acolo. Aceasta nu ar trebui să se întâmple. Cred că majoritatea medicilor din România își doresc sincer să ajute pacienții. Deși există și excepții și alte interese, în general, medicii sunt dedicați să sprijine bolnavii. Ieri, am auzit că acest subiect a fost mediatizat și discutat în străinătate. Noi, ca țară care aspiră să devină parte a Spațiului Schengen și să fie considerată o națiune civilizată în Europa de Vest, cum ne simțim când știrile internaționale vorbesc despre «crimă» în ATI? Nu ar trebui să tragem concluzii pripite”, a declarat dr. Liviu-Vlad Hârtie.

Abonează-te la
ZIARUL De IAȘI
LIDERUL PRESEI IEȘENE

Abonamente ediția tipărită

Persoane Fizice

Prețuri și tipuri de abonament

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

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

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

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

Cum te abonezi

- 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.
- La orice oficiu postal.
- 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-ți 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.

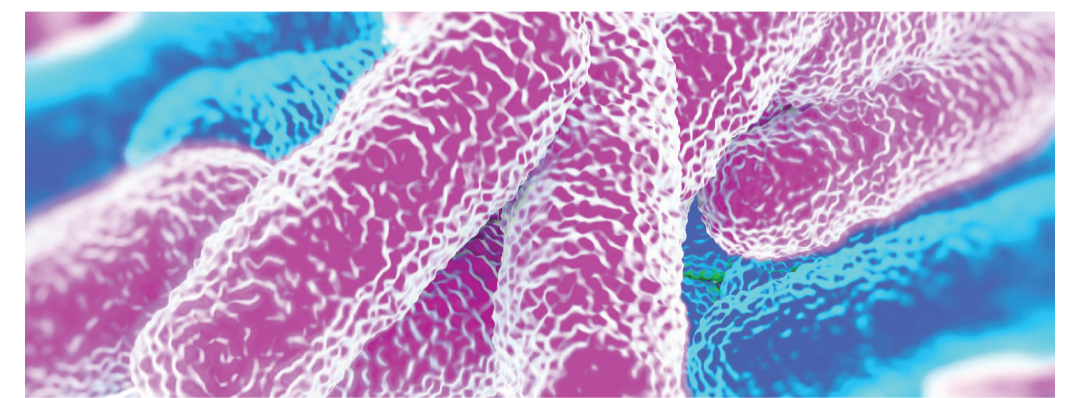
Datele firmei / Facturare
S.C. New Media GPM SRL; COD FISCAL: RO 42446972
Adresa: Iași, Bd. N. Iorga 35, Bl. N1, parter (vis-a-vis de Gara Internațională)
Banca Transilvania - CONT LEI: RO46BTTRLRONCRT067270801

DSP Iași: prevenția legionelozei în spațiile de cazare

Direcția de Sănătate Publică Iași recomandă tuturor deținătorilor de structuri de cazare precum hoteluri, moteluri, pensiuni, cămin de bătrani, cămine școlare/studenti, să respecte planul în 15 puncte pentru reducerea riscului de infectare cu bacteria Legionella. Conform Institutul Cantacuzino, bacteriile din genul Legionella produc o boală infecțioasă numită legioneloză (sau „boala legionarilor”), ce se manifestă clinic sub două forme: o formă mai gravă, ce evoluează ca o pneumonie, și una mai ușoară, pseudogripală - febra Pontiac.

Legioneloză este destul de răspândită în lume și prezintă între 2% și 15% din totalul pneumoniilor comunitare ce necesită spitalizare, Legionella pneumophila fiind agentul cauzal cel mai frecvent întâlnit, deși sunt cunoscute peste 60 de specii ale bacteriei și o multitudine de serogrupuri. Cele 15 puncte din recomandările DSP Iași sunt următoarele:

- Desemnați un responsabil pentru controlul bacteriei Legionella.
- Asigurați-vă că responsabilul desemnat a beneficiat de formare corespunzătoare în acest domeniu și are experiența necesară pentru a-și înde-



- plini îndatoririle în mod competent și că ceilalți membri ai personalului sunt conștienți de rolul important pe care îl au în combaterea bacteriei Legionella.1
- Asigurați-vă că apa caldă are o temperatură ridicată și circulează în permanență: 50°C - 60°C (prea fierbinte pentru a ține mâna în apă mai mult de câteva secunde) în întregul sistem de apă caldă.
- Asigurați-vă că apa rece rămâne rece în permanență. Temperatura apei reci trebuie menținută sub 20°C de-a lungul întregului sistem către toate gurile de evacuare (s-ar putea să nu fie posibil atunci când temperatura ambientală este ridicată, dar ar trebui să se depună toate eforturile pentru a asigura păstrarea la temperaturi cât mai joase a apei reci care intră în incinta structurii de cazare și care se stochează).
- Cel puțin o dată pe săptămână, în cazul în care camerele nu sunt ocupate, și întotdeauna înainte de a fi ocupate, dați drumul la robinete și la dușuri și lăsați apa să curgă pentru câteva minute (până când ajunge la temperaturile

- menționate la punctele 3 și 4).
- Asigurați-vă că robinetele și capetele de duș sunt curate și nu au depuneri de piatră.
- Curățați și dezinfectați cu regularitate (cel puțin de două ori pe an) turnurile de răcire și conductele aferente cu care sunt prevăzute sistemele de aer condiționat.
- Goliți, curățați și dezinfectați anual încălzitoarele de apă (caloriferele).
- Dezinfectați sistemul de apă caldă cu o concentrație ridicată de clor (50mg/l) timp de 2-4 ore după efectuarea de lucrări la sistem și la încălzitoarele de apă și înainte de începutul fiecărui sezon.
- Curățați și dezinfectați cu regularitate (cel puțin între o dată pe lună și o dată la trei luni) filtrele de apă, în conformitate cu indicațiile producătorului.
- Controlați lunar rezervoarele de apă, turnurile de răcire și conductele vizibile. Asigurați-vă că toate acoperișurile sunt intacte și bine fixate.
- Verificați cel puțin anual interiorul rezervoarelor de apă rece, dezinfectați-le cu o concentrație de clor de 50 mg/l și curățați-le, în cazul în care constatați depuneri sau reziduri.

- Asigurați-vă că operațiunile de modificare a sistemelor sau de crearea a unor noi instalații nu vor conduce la oprirea completă a debitului de apă sau la un debit intermitent și dezinfectați sistemul în urma oricărui lucrări.
- Dacă structura de cazare este dotată cu unitați spa (cunoscute și sub numele de căzi cu bule de aer, jacuzzi, piscine cu hidromasaj), asigurați-vă că:
 - acestea sunt tratate în permanență cu o concentrație de clor sau brom de 2-3 mg/l și că nivelurile acestor substanțe și pH-ul apei sunt verificate de cel puțin trei ori pe zi;
 - cel puțin jumătate din apa utilizată se înlocuiește zilnic;
 - filtrele de nisip sunt spălate în contracurent zilnic;
 - întregul sistem este curățat și dezinfectat săptămânal.
- Țineți evidența zilnică a tuturor citirilor legate de tratatarea apei, precum temperatura, pH-ul și concentrațiile de clor, și asigurați-vă că toate aceste elemente sunt verificate cu regularitate de către administrator.