

● De Sănătate

Lupta celor care au rămas

De ce au ales România medicii tineri care nu au luat drumul străinătății?

Exodul medicilor este una dintre cele mai mari probleme din sistemul de sănătate din România, dar și din alte țări europene. Atracția străinătății, a veniturilor mai mari, a locurilor de muncă mai puțin stresante, a unor sisteme mai bine organizate și a unor țări cu o altfel de deschidere față de medici și medicină au fost întotdeauna factori care i-au împins pe medici să plece, adesea chiar din timpul rezidențiatului. „Ziarul de Sănătate” propune în dosarul de săptămâna aceasta o discuție despre medicii tineri, cu specialități la mare căutare în Vest, unde există un deficit

semnificativ de personal medical înalt calificat, care au ales să rămână în România. De ce nu au luat-o pe urmele colegilor, pentru cine au rămas în țară și ce părere au despre sistemul de sănătate din România - mai poate fi acesta resuscitat? Spitalele din Iași sunt, în momentul de față, pline de medici tineri, care își desfășoară rezidențiatul, care iau în permanență legătura cu colegi și cu sistemele din Vest. Mai pot fi aceștia convinși să rămână să profeseze în România? Ce ar trebui să facem pentru asta?

Paginile 4-5



din Sumar

● Oamenii intoxicați se zbat între viață și moarte la spital, piețele ieșene „gem” de ciuperci necontrolate de nimeni. Oficial: „Nu avem ce face!”

În piețele din Iași, tarabele cu ciuperci aduse din zonele montane sau din pădurile din județ devin tot mai numeroase, iar comercianții afirmă că vând zilnic între 50 și 100 kg la fiecare stand. Totuși, aceștia nu au întotdeauna autorizațiile necesare pentru comercializare, fapt ce a dus la o creștere a cazurilor de intoxicație cu ciuperci. Mulți cumpărători își pun încrederea în propria capacitate de a recunoaște ciupercile comestibile

Pagina 3

● Coccoși la birou sau pe smartphone. Cum să îți protejezi gâtul și spatul de efectele tehnologiei

Tehnologia a devenit parte esențială a vieții noastre de zi cu zi, însă poate provoca probleme grave de sănătate în timp. Iată cum le poți preveni!

Pagina 8

● Tratament revoluționar împotriva leucemiei, la IRO Iași: Povestea Iuliei, externată recent, tână de 22 de ani care își vedea deja sfârșitul

Iulia, o tână de 22 de ani, diagnosticată cu leucemie acută limfoblastică, beneficiara primei proceduri de terapie celulară CAR-T efectuată de echipa medicală de la Compartimentul de Transplant Medular din cadrul IRO, a fost externată după 14 zile de la primirea perfuziei cu celule modificate genetic.

Pagina 3

● Sezonul cirozelor - zece ieșeni ajung zilnic la spital cu crize de ficat, unii în comă. Care e motivul?

A început sezonul cirozelor, iar zilnic cel puțin zece pacienți cu afecțiuni hepatice se prezintă la urgențe. Întotdeauna, cel puțin unul dintre aceștia se află în stare gravă, fie în comă, fie cu hemoragie digestivă însoțită de șoc hemoragic.

Pagina 2

Pacienții care se tratează cu antibiotice după ureche mai rău își fac. Sfaturile unui cunoscut infecționist ieșean

Aproximativ o treime dintre pacienții de la Spitalul Clinic de Boli Infecțioase din Iași refuză internarea, dar unii dintre ei revenin ulterior într-o stare mult mai gravă. Florin

Roșu, managerul spitalului, explică faptul că aceștia, după ce manifestă simptome de viroză, își administrează antibiotice „după ureche” și abia apoi se prezintă la spital.

Managerul subliniază că acest obicei nu doar că prelungește perioada de internare, ci și costurile asociate cu spitalizarea.

Pagina 2

Colegiul Medicilor, nemulțumit de tarifele pe care CNAS vrea să le deconteze medicilor de familie și de ambulator în anul 2025

Colegiul Medicilor a reclamat la începutul săptămânii, într-un comunicat de presă citat de HotNews.ro, că CNAS a publicat în transparență decizională un document privind prelungirea contractelor pentru domeniile de asistență medicală - medicină de familie și medicină de ambulator - pentru anul 2025, fără ca reprezentanții corpului medical să fie consultați. Conform documentului publicat de CNAS, actualele valori decontate pentru serviciile cabinetelor medicale se mențin și în primul trimestru al anului 2025.

Pagina 2



SFATUL MEDICULUI

Totul despre RMN-ul cardiac. Cum se desfășoară o investigație RMN de cord în Centrele de Imagistică Medicală Arcadia?



Imagistica prin rezonanță magnetică cardiovasculară este o tehnică avansată, utilizată pentru a obține imagini detaliate ale structurilor din interiorul și din jurul cordului. Această tehnică utilizează un câmp magnetic puternic și unde de radiofrecvență sub formă de impulsuri pentru a crea imagini tridimensionale (3D) ale inimii și arterelor, fără a expune pacientul la radiații ionizante.

Pagina 6

ARCADIA
SPITALE ȘI CENTRE MEDICALE

**CENTRUL
DE SĂNĂTATE
A SÂNULUI**

**30% reducere
acum și la
următoarele
mamografii**

O dată la 2 ani,
pe tot parcursul vieții

Activează avantajul tău!
0232 920
arcadiamedical.ro



Pacienții care se tratează cu antibiotice după ureche mai rău își fac. Sfaturile unui cunoscut infecționist ieșean

Aproximativ o treime dintre pacienții de la Spitalul Clinic de Boli Infecțioase din Iași refuză internarea, dar unii dintre ei revenin ulterior într-o stare mult mai gravă. Florin Roșu, managerul spitalului, explică faptul că aceștia, după ce manifestă simptome de viroză, își administrează antibiotice „după ureche” și abia apoi se prezintă la spital. Managerul subliniază că acest obicei nu doar că prelungește perioada de internare, ci și costurile asociate cu spitalizarea.

„Pacienții care prezintă simptome de viroză, în special tuse seacă fără expectorație și rinoree, încep un tratament cu antibiotice după două sau trei zile. Acest tratament este administrat per os, adică oral. Atunci când se prezintă la medicul specialist, în urma consultului

clinic și a investigațiilor paraclinice, cum ar fi analize de laborator și investigațiile radiologice, aceștia necesită internare în spital pentru supraveghere. Aceasta se datorează faptului că antibioticul utilizat inițial nu este adecvat, iar în majoritatea cazurilor este necesară administra-

rea unui antibiotic intravenos. Această procedură trebuie realizată exclusiv într-o unitate sanitară, sub supraveghere medicală”, a declarat Florin Roșu.

Rezistența la medicamente multiple

Medicul spune că se observă o îngrijorare din ce în ce mai mare legată de rezistența la multiple medicamente, mai precis de bacteriile care devin rezistente la antibioticele existente în lume. Acesta explică faptul că, modalitățile de tratament în Iași, la Spitalul de Boli Infecțioase, sunt similare cu cele din alte țări europene sau din Statele Unite, având acces la aceleași medicamente. În cazul infecțiilor bacteriene, avem la dispoziție

antibiotice cu spectru larg, însă ne confruntăm adesea cu situații în care nu reușim să oferim pacientului un tratament adecvat. Roșu susține că, în aceste cazuri, experiența medicului curant și analiza rezultatelor de laborator devin esențiale, dar nu întotdeauna se ajunge la un rezultat favorabil. Deși avem numeroase cazuri în care pacienții sunt salvați, eliberarea antibioticelor din farmacii fără un consult prealabil, contribuie la deteriorarea situației.

Infecțiile virale nu sunt tratate cu antibiotice

Florin Roșu explică faptul că antibioticele au un anumit tropism, ceea ce înseamnă că acționează asupra unui organ sau sistem specific în care este identificată o infecție bacteriană. Este important de subliniat că infecțiile virale nu sunt tratate cu antibiotice, ci doar cele bacteriene. De asemenea, există anumite categorii de pacienți care necesită o atenție specială. De exemplu, în cazul pacienților cu insuficiență renală, anumite antibiotice nu pot fi administrate. Similar, femeile însărcinate trebuie să evite antibioticele care pot traversa bariera maternă-fetală, deoarece acestea pot provoca modificări în dezvoltarea fătului. (Ancuța POPA)



Un nou centru specializat pe analize medicale va fi construit la Iași, lângă Kaufland Păcurari

Primăria Iași a autorizat recent lucrările de construire a unui centru medical în Păcurari, în zona Kaufland. Investitorul este firma Sante 2000 din Buzău, care deține un lanț de clinici în țară cu laboratoare de analize medicale.

Noul centru va fi construit la intersecția șos. Păcurari cu str. Varianta Rediu, pe un teren cu o suprafață de aproape 800 mp. Intenția Sante 2000 este să ridice o clădire cu două niveluri în subsol, parter și 4 etaje (ultimul este tehnic). Planul urbanistic zonal (PUZ) a fost aprobat încă din luna mai 2022, în timp ce autorizația a fost eliberată zilele trecute.

Clinica va fi deservită de o parcare cu 20 de locuri

Clinica va ocupa 70% din suprafața terenului. Amplasamentul este deținut de Sante 2000 în baza unui drept de suprafață, acest drept fiind plătit de firmă către administratorul societății cu circa 100.000

euro în 2020 pe o perioadă de 10 ani. În acte, terenul are 769 mp, dar măsurătorile au indicat o suprafață de 886 mp.

Potrivit autorizației 580/2024, clinica medicală va fi deservită de o parcare cu 20 de locuri, iar spațiile verzi vor fi amenajate pe 20% din teren. Aria desfășurată construită a clădirii va fi de peste 3.600 mp, în condițiile unei suprafețe utile de circa 2.800 mp.

Se măsoară trebuie luate în momentul săpăturilor

„Având în vedere specificul lucrărilor de utilitate privată, ce vizează decopertări sau acumulări mari de pământ cu predispoziția de a se transforma în praf sau noroi, se impune ca toate depozitele temporare de pământ aferente săpăturilor în șant deschis să fie așezate pe o membrană de protecție, iar ulterior să fie acoperită cu folii astfel încât particulele fine să nu fie antrenate de vânt sau precipitații”, se precizează în autorizația eliberată de Primăria Iași.

Sante 2000 SRL a înregistrat, în anul 2023, o cifră de afaceri de 2,4 milioane lei și un profit de 1,9 milioane lei.



Potrivit oficialilor companiei, Sante are peste 300 de centre de recoltare analize

medicale de laborator în toată țara, inclusiv la Iași. (Alex ANDREI)

Sezonul cirozelor - zece ieșeni ajung zilnic la spital cu crize de ficat, unii în comă. Care e motivul?

A început sezonul cirozelor, iar zilnic cel puțin zece pacienți cu afecțiuni hepatice se prezintă la urgențe. Întotdeauna, cel puțin unul dintre aceștia se află în stare gravă, fie în comă, fie cu hemoragie digestivă însoțită de șoc hemoragic.

Nu este la prima internare, însă este cea mai gravă situație cu care s-a confruntat

Una dintre pacientele aflate în prezent internată este o femeie de 57 de ani, într-o stare gravă, cu ciroză decompensată, intubată și ventilată mecanic. Prof. dr. Diana Cimpoeșu, medic șef UPU-SMURD Iași, precizează că aceasta nu este la prima internare, însă este cea mai gravă situație cu care s-a confruntat până acum.

„Zilnic, numeroase persoane cu afecțiuni hepatice cronice se prezintă la urgențe. În regiunea noastră, ciroza are frecvent o etiologie toxică, iar unii pacienți prezintă forme combinate, fiind afectați atât de virusurile B și C, cât și de etiologie toxică”, a precizat prof. dr. Diana Cimpoeșu.

Un alt pacient internat în stare gravă este un bărbat de 35 de ani, cu un prognostic extrem de nefavorabil. Acesta suferă de ciroză decompensată cu afectare hepato-renală, fiind în comă, intubat și ventilat mecanic. „Pacientul nu mai are nicio porțiune sănătoasă de ficat care să funcționeze. Oamenii trebuie să realizeze că alcoolul distruge ficatul. Iar fără ficat, nu putem trăi. Atunci când toxinele dis-



trug întreaga structură a ficatului, organismul nu mai poate funcționa. Tot ceea ce ingerăm sau ceea ce se produce în organism duce la acumularea de toxine, coma hepatică și alte complicații. Un om care consumă cantități mari de alcool zilnic, încă din adolescență, ajunge, ca

acest pacient, la 35 de ani cu un ficat care nu mai poate funcționa. E important să conștientizăm la timp și să oprim acest proces pentru a mai salva celulele hepatice sănătoase, capabile să elimine toxinele din organism”, a declarat prof. dr. Diana Cimpoeșu. (Ancuța POPA)

Colegiul Medicilor, nemulțumit de tarifele pe care CNAS vrea să le deconteze medicilor de familie și de ambulator în anul 2025

Colegiul Medicilor a reclamat la începutul săptămânii, într-un comunicat de presă citat de HoiNews.ro, că CNAS a publicat în transparență decizională un document privind prelungirea contractelor pentru domeniile de asistență medicală – medicină de familie și medicină de ambulator – pentru anul 2025, fără ca reprezentanții corpului medical să fie consultați. Conform documentului publicat de CNAS, actualele valori decontate pentru serviciile cabinetelor medicale se mențin și în primul trimestru al anului 2025.

„Pe site-ul www.cnas.ro se află postat, de la sfârșitul săptămânii trecute, în transparență decizională, un document care nu a fost negociat cu reprezentanții Colegiului Medicilor din România (CMR) în ceea ce privește prelungirea contractelor pentru trimestrul I al anului 2025 pe toate domeniile de asistență medicală. Documentul nu a luat în considerare nici intervențiile reprezentanților CMR din grupurile de lucru asupra modificărilor CoCa și Norme și nici asupra finanțării. Colegiul Medicilor din România își exprimă îngrijorarea referitor la menținerea pentru primul trimestru al anului 2025 a valorii punctelor pentru medicina din ambulatoriu de specialitate și medicina primară, în contradicție cu situația economico-socială actuală, cu previziunile financi-

are și, mai ales, cu discuțiile anterioare avute cu CNAS pe finanțare”, arată reprezentanții Colegiului Medicilor.

Colegiul Medicilor susține, de asemenea, că în acest moment, medicii realizează o serie de servicii pro bono, din cauză că mecanismul de regularizare la 11 luni, valabil în anul 2023, a fost eliminat. „În acest moment, din cauza implementării sistemului de facturare electronică nu se mai poate observa și cuantifica numărul de consultații totale efectuate, medicii realizând astfel un număr important de servicii medicale pro-bono.”

De ce sunt nemulțumiți medicii:

- Colegiul Medicilor spune că a fost de acord cu menținerea valorii punctelor pentru ambulatoriu de specialitate și asistența medicală primară doar pentru anul 2024, „cu scopul asigurării stabilității și continuității asigurării asistenței medicale”.
- CMR spune a fost de acord cu eliminarea regularizării la 11 luni pentru ambulatoriu de specialitate și asistența medicală primară doar pentru anul 2024, „înțelegând dificultățile financiare din acest an și faptul că bugetul de stat fusese deja adoptat”.
- „Codul fiscal s-a modificat pentru anul 2024 și va suferi modificări de substanță și pentru anul 2025, crescând povara fiscalității pentru cabinetele medicale. Pe de altă parte, fiscalitatea crescută a creat cadrul unui FNUASS mai cuprinzător, deci a unei alocări crescute.”
- „Considerăm că bugetul de stat pentru anul 2025 trebuie să fie adaptat nevoilor reale ale sistemului de sănătate cu alocări clare necesare

funcționării mai eficiente a sistemului de sănătate.”

- „De la 1 iulie 2023 și până în prezent, finanțarea asistenței medicale primare și a ambulatoriului de specialitate nu a fost indexată cu valoarea inflației, chiar dacă au crescut permanent cheltuielile necesare funcționării cabinetelor medicale, indiferent de forma lor de organizare. Acest fapt nu a permis dezvoltarea praxisurilor, ci doar funcționarea acestora la limită.”
- „Pentru a reprezenta corect interesele medicilor, cum este precizat în reglementările CMR, considerăm că este nevoie și de o deschidere și un interes adevărat pentru dialog și negociere între instituții ale statului și CMR. Nu considerăm normal ca pe site-ul unui partener instituțional, cum este Casa Națională de Asigurări de Sănătate, să existe un document ce este deja pus în transparență decizională și noi să nu fim informați și chemați la o negociere înainte de postarea acestui document”, a precizat prof. univ. dr. Cătălina Poiană, noul președinte al Colegiului Medicilor din România. Reprezentanții Biroului Executiv al Colegiului Medicilor din România consideră că orice act ce face referire la profesia medicală sau la atribuții din reglementarea CMR trebuie să fie discutat înainte de publicare cu reprezentanții corpului medical. Colegiul Medicilor mai spune că au fost trimise adrese oficiale pentru întâlniri interinstituționale CMR-CNAS, la care nu a primit răspuns.

La începutul acestui an, medicii de familie și medicii specialiști din ambulatoriu (policlinici) au fost la un pas de gravă din cauza nemulțumirilor legate de tarifele decontate de CNAS pentru serviciile lor. ●

De ce mahmureala se agravează odată cu înaintarea în vârstă? Cum se poate evita?

De ce mahmureala se agravează odată cu înaintarea în vârstă? Oamenii de știință nu au confirmat, deocamdată, o legătură între vârstă și severitatea mahmurelii, dar există câteva motive pentru care persoanele în vârstă s-ar putea simți mai rău după o noapte de băut decăt tinerii.

Mulți oameni cunosc sentimentul care apare după câteva pahare în plus: o durere de cap puternică, pielea umedă, gânduri rapide și stomac deranjat. Adică, simptomele mahmurelii. Dar de ce aceasta pare să devină tot mai intensă pe măsură ce înrăutățească odată cu înaintarea în vârstă; persoanele în vârstă constată că, de regulă, cantitatea de alcool pe care obișnuiau să o consume în tinerete fără efecte negative îi face acum să se simtă mult mai rău. Atfel spus, „să nu mai tină la băutura” ca altădată. Dar oare mahmureala se agravează cu vârsta? Din punct de vedere anecdotic, există o mulțime de persoane care ar spune „da”, din experiență personală, dar nu există dovezi științifice

clare că mahmureala se intensifică cu vârsta. Cu toate acestea, există câteva motive plauzibile pentru care ar putea fi așa. „Nu este clar dacă mahmureala se înrăutățește pentru toată lumea pe măsură ce înaintază în vârstă sau doar pentru unii oameni. Pur și simplu nu au existat suficiente cercetări pe această temă”, a declarat Aaron White, liderul Filialei de Epidemiologie și Biometrie a Institutului Național pentru Abuzul de Alcool și Alcoolism, pentru Live Science, citat de Newsweek.ro. Dar, cu toate acestea, există unele teorii. Mahmureala este cauzată de o multitudine de modificări ale organismului care apar după consumul excesiv de alcool.

Alcoolul este toxic pentru celule în sensul că poate deteriora ADN-ul și poate împiedica procese celulare importante. Pe măsură ce este descompus, alcoolul este transformat pentru scurt timp într-o substanță toxică diferită, numită acetaldehidă, înainte de a fi transformat într-un compus mai puțin toxic, numit acetat și, în final, în apă și dioxid de carbon. Cu toate acestea, pe măsură ce oamenii îmbătrânesc, enzimele din ficat care metabolizează alcoolul și subprodusele sale toxice pot deveni mai puțin eficiente, astfel încât aceste substanțe

chimice toxice pot rămâne în organism mai mult timp decât înainte. Atunci când acetaldehida rămâne în ficat, aceasta poate provoca, de asemenea, inflamații generalizate în organism. Citocinele, mesajerii chimici care provoacă inflamația, au fost asociate cu starea de rău, anxietatea, iritabilitatea și oboseala - toate simptome comune ale mahmurelii. În plus, în comparație cu tinerii, persoanele în vârstă sunt mai predispușe să sufere de dureri cronice și de afecțiuni care provoacă inflamații, cum ar fi diabetul și artrita.

Prin urmare, consumul excesiv de alcool ar putea duce la o dublă inflamație, pe lângă nivelul de bază deja ridicat. White a declarat că acest lucru ar putea „agrava disconfortul fizic existent” și, în cele din urmă, ar putea duce la o mahmureală mai severă. Atât consumul de alcool, cât și îmbătrânirea normală pot face dificilă hidratarea, astfel încât combinația dintre cele două ar putea fi o „rețetă” pentru o dimineață grea. „Alcoolul este un diuretic, ceea ce înseamnă că expulzează apa din organism. Oamenii de știință încă dezbate exact cât de mult e rolul pe care-l joacă deshidratarea în mahmureală”, a mai spus White. Dar este bine cunoscut faptul că deshidratarea poate

provoca dureri de cap și oboseală, ambele simptome comune ale mahmurelii. Iar după vârsta de 60 de ani, cantitatea totală de apă din organism începe să scadă din cauza pierderii de țesut. Această deshidratare nu numai că va pregăti pentru o mahmureală „pe cinste”, dar ar putea, de asemenea, chiar să crească concentrația de alcool din sânge după ce ai băut, a mai spus White. „Este posibil ca fiecare pahar să aibă un efect mai puternic pe măsură ce îmbătrânim, ceea ce ar putea însemna mai multă suferință a doua zi”, a adăugat el.

Atât alcoolul, cât și vârsta perturbă, de asemenea, somnul. Consumul câtorva băuturi poate accelera procesul inițial de adormire, dar poate, de asemenea, să submineze calitatea somnului și să determine oamenilor să se trezească mai devreme, ceea ce duce la un somn mai prost în general. White a declarat că, oricum, calitatea somnului tinde să scadă odată cu vârsta, astfel încât „am putea simți impactul alcoolului asupra obosealii de a doua zi mai mult decât atunci când suntem mai tineri”. Deși există multe motive potențiale pentru care alcoolul ar putea lovi mai puternic odată cu înaintarea în vârstă, mahmurelile grave nu sunt o parte garantată a îmbătrânirii. ●

SPITALUL PROVIDENȚA
medicină de bună credință

MAMOGRAFIE 2D GRATUIT

Prin Programul PREVENȚIE

Cu bilet de trimitere, decontat de CAS pentru paciențele cu vârsta între 40 și 69 de ani.



NOU!

MEDICINĂ INTERNĂ

cu bilet de trimitere, internare continuă

PACHETUL CUPRINDE:

- Consultație
- CT Abdomino- pelvin NATIV
- Analize de laborator specifice

PROGRAMEAZĂ-TE ACUM!

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

Programare imediată!



O problemă medicală de sezon căreia nu i se găsește o soluție Oameni intoxicați se zbat între viață și moarte la spital, piețele ieșene „gem” de ciuperci necontrolate de nimeni. Oficial: „Nu avem ce face!”

În piețele din Iași, tarabele cu ciuperci aduse din zonele montane sau din pădurile din județ devin tot mai numeroase, iar comercianții afirmă că vând zilnic între 50 și 100 kg la fiecare stand. Totuși, aceștia nu au întotdeauna autorizațiile necesare pentru comercializare, fapt ce a dus la o creștere a cazurilor de

intoxicație cu ciuperci. Mulți cumpărători își pun încrederea în propria capacitate de a recunoaște ciupercile comestibile, dar experții avertizează că este foarte dificil pentru o persoană neavizată să distingă între exemplarele sigure și cele toxice, riscul fiind mult mai mare decât pare.

singură să fie toxică. Astfel, se poate întâmpla ca mai multe persoane să consume din aceeași mâncare, dar doar una să nimerească ciuperca toxică și să se îmbolnăvească, în timp ce celelalte nu sunt afectate, sau sunt afectate prea puțin.

Numărul intoxicațiilor de anul acesta este unul extrem de ridicat

Profesorul Cătălin Tănase, directorul Grădinii Botanice din Iași, a explicat că numărul intoxicațiilor de anul acesta este unul extrem de ridicat și pentru că au existat condiții propice pentru apariția ciupercilor în număr foarte mare. A fost o perioadă caldă, urmată de ploii, nopțile nu au fost geroase, iar ciupercile au început să apară în număr mai mare decât în alți ani.

Expertul atrage atenție asupra mitului potrivit căruia ar exista metode de „preparare” a ciupercilor posibil toxice, care le-ar face comestibile. Rețetele inventate care s-au răspândit în România arată că ciupercile toxice ar putea fi recunoscute dacă se înnelesc atunci când sunt fierte alături de pătrunjel. Profesorul ieșean spune că nu există niciun suport științific pentru așa ceva, iar fierberea nu garantează că o ciupercă nu va fi otrăvitoare.

„Dacă pentru intoxicațiile cu manifestare digestivă simptomele apar la 30 - 40 de minute, cel mult o oră, și sunt vărsături, diaree, crampe etc., în ceea ce privește speciile toxice mortale care afectează ficatul este un sindrom care apare după o perioadă lungă de incubare. Poate să însemne două sau patru zile și apar simptomele. Atunci nu mai asociei cu faptul că în urmă cu două zile ai consumat ciuperci, neglijezi să mergi la spital, ceea ce este absolut esențial. Apoi urmează o perioadă de falsă acalmie de câteva zile - când dispar simptomele, dar toxina acționează asupra celei hepatice și asupra celei renale. Nu face decât să agraveze situația și uneori la zile-zece zile simptomele reapar mult mai violente, dar când ajungi la spital doar transplantul te mai salvează”, a explicat prof.dr. Cătălin Tănase.

Dobrovăț devine destinația căutătorilor de ciuperci în această toamnă

În ultima perioadă, pădurea de la Dobrovăț, situată în apropierea Iașului, atrage la fel de mulți ieșeni ca și Parcul Copou, datorită începutului sezonului de cules ghebe. Drumul județean ce traversează pădurea spre Dobrovăț este plin de mașini parcate pe ambele părți, iar în weekenduri este chiar dificilă găsirea unui loc unde se poate parca în siguranță. De asemenea, și pădurea din zonă este plină de ieșeni de toate vârstele, toți cu sacose, găleți sau chiar saci în mâini. Explicația: au apărut ghebele (opinticii), o ciupercă ce se pretează foarte bine la prepararea zacuștii, dar și la pus peste iarnă la borcan. Anul acesta, ghebele și alte ciupercile comestibile - dar și din păcate, necomestibile - sunt din abundență în pădure. Nu puțini ieșeni reușesc, cu familia, să plece în câteva ore cu un sac plin de ciuperci. Totul depinde însă de cunoașterea locurilor potrivite, umede și parțial însorite, unde ciupercile cresc în număr mare. ●

Tratament revoluționar împotriva leucemiei, la IRO Iași Povestea Iuliei, externată recent, tânăra de 22 de ani care își vedea deja sfârșitul

Iulia, o tânăra de 22 de ani, diagnosticată cu leucemie acută limfoblastică, beneficiara primei proceduri de terapie celulară CAR-T efectuată de echipa medicală de la Compartimentul de Transplant Medular din cadrul IRO, a fost externată după 14 zile de la primirea perfuziei cu celule modificate genetic. Aceasta a plecat acasă după o luptă continuă pentru viață. Ea a aflat diagnosticul în urmă cu doi ani.

Primele tratamente nu au dat rezultate, iar salvarea a venit de la terapia CAR-T, un tip nou de imunoterapie care folosește propriul sistem imunitar să lupte împotriva celulelor tumorale, fără să afecteze celulele sănătoase.

„Doamna Dăscălescu mi-a prezentat această imunoterapie CAR-T, mi-a spus că mă încadrează și că este salvatoare pentru mine. Am fost bucuroasă să știu că există un astfel de tratament și că îmi poate salva viața. Am stat mai bine de un an în spital, cu tot cu consolidare și inducție. De la recăderi am stat aproximativ trei luni, cu patru zile pauză. Am stat după o lună de zile în spital sperând că valorile vor crește, dar nu a fost așa. Mi s-a dat voie să plec patru zile acasă, dar m-am reîntors cu febră și am început un nou ciclu de chimioterapie care a dat rezultate. În

prezent am ieșit din spital pentru că am făcut terapia CAR-T, a fost o perioadă de 14 zile, iar acum căm depășit perioada critică, mă externez”, a declarat Iulia, pacienta de 22 de ani.

Se recoltează celulele T din sângele pacientului, se transmite la un centru din afara țării și se întorc sub formă de tratament infuzabil

Terapia CAR-T (chimeric antigen receptor -T cell) este un tip nou de imunoterapie care folosește activarea sau învățarea propriului sistem imunitar al organismului să lupte împotriva celulelor tumorale, fără să afecteze celulele sănătoase, așa cum se întâmplă în cazul tratamentelor clasice (chimioterapie, radioterapie). Practic, se recoltează celulele T din sângele pacientului, se transmite la un centru din afara țării (acolo se modifică genetic) și se întorc sub formă de tratament infuzabil. Infuzia de limfocite T (CAR-T) se face la pacientul pregătit pentru această procedură într-un centru de transplant specializat în terapii celulare

„E pacienta noastră de aproximativ doi ani. Ea a făcut întâi chimioterapie, apoi a făcut allotransplant de celule stem hematopoietice de la un donator neînrudit. Boala ei a reapărut după transplant, a recăzut, și în acel moment singura variantă de tratament pentru aceasta pacientă a fost limfocitele T ale pacientei care au fost educare să cunoască celule tumorale. Motiv pentru care am început să facem acest lucru în IRO Iași. Astfel, demersurile pentru această terapie au



Început în Iulie 2024, iar pacienta a fost internată acum 14 zile. I s-au administrat limfocitele care au fost pregătite pentru ea, a tolerat bine tratamentul și în acest moment este în stare bună și capabilă de a se duce acasă. Este prima pacientă care a făcut acest tratament în IRO Iași, iar în România se face deja de doi ani. Până în prezent, am realizat deja peste 300 de proceduri de transplant, atingând această cifră în septembrie, când am tratat pacientul cu numărul 300. Activitatea este extrem de intensă, iar cu cele șase paturi sterile dedicate transplantului reușim să efectuăm un număr semnificativ de proceduri. Deși suntem o echipă mică, formată din trei medici, facem tot posibilul să răspundem cererii mari de transplant la nivel național. În prezent, la Centrul din Iași avem o listă de așteptare de 51 de pacienți”, a explicat dr. Angela Dăscălescu, coordonatorul Compartimentului de

Transplant de Celule Stem Hematopoietice.

Cel puțin 60-70% au răspuns favorabil la procedură

În cele 300 de proceduri efectuate la IRO până în prezent, 210 au fost de autotransplant și 90 de allotransplant, dintre care de la donator înrudit 53 și neînrudit 37. Patologia predominantă pentru care s-a efectuat autotransplant a fost mielomul multiplu, urmată de limfoamele maligne. Vârsta pacienților cu autotransplant a fost cuprinsă între 18 ani și 69 de ani.

„O parte dintre pacienți au urmat procedura de autotransplant, un alt tip diferit de intervenție. Majoritatea pacienților au prezentat această opțiune, în timp ce alții au fost suptși allotransplantului. Din aceștia, cel puțin 60-70% au răspuns favorabil la procedură”, a precizat dr. Angela Dăscălescu. ●

Ecografie sau mamografie?

Depistarea timpurie mai ales în cazul tumorilor mamare poate salva vieți. Screeningul pentru cancerul de sân presupune evaluarea țesutului mamar înainte de apariția simptomelor sau semnelor specifice bolii.

Se recomandă autoexaminarea lunară a sânilor (într-o anumită perioadă și după un tipar anume) sau examinarea lor de către specialist în cadrul controalelor de rutină (de ex. consult ginecologic).

Ecografia mamară folosește ultrasunetele pentru a crea o imagine în interiorul sânelui. Aceasta nu reprezintă un mijloc tipic de screening pentru cancerul mamar, dar este folosită adesea în completarea mamografiei, în special la femeile cu sâni denși.

Este de preferat pe parcursul sarcinii în locul mamografiei dacă aceasta din urmă nu este strict necesară și, de asemenea, reprezintă un instrument util în diagnosticarea altor afecțiuni care țin de sănătatea sânelui precum fibroame, chisturi etc..

Mamografia realizează o imagine a țesutului mamar folosind razele X. Reprezintă cel mai frecvent utilizat și cel mai eficient test de screening și de depistare rapidă în cazul tumorilor sânelui, ea putând uneori detecta o tumoră cu până la 2 ani înainte ca ea să devină palpabilă.

Ghidurile internaționale recomandă efectuarea mamografiei la vârste și intervale diferite în funcție de riscul pacientelor de a dezvolta cancer mamar, specialistul ginecolog fiind cel care evaluează de obicei și încadrează pacienta într-o categorie de risc.

Uneori, pacientelor cu o mamografie anormală, li se poate recomanda o explorare suplimentară precum rezonanța magnetică (sau computer tomograful în caz de contraindicații) cu substanță de contrast.



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

De asemenea, mamografiile care ridică suspiciunea de malignitate impun efectuarea **biopsiei mamare** ce se poate efectua sub control ecografic.

Este de menționat că nu numai femeile pot face cancer mamar. Chiar dacă dezvoltă tumori similare cu cele întâlnite la femei, cancerul de sân la bărbat este rar și, în general, apanajul vârstelor înaintate, după 60 de ani.

Deși screeningul în cazul tumorilor mamare nu previne apariția cancerului, acesta **ajută la depistarea precoce**, în stadii mult mai ușor de tratat, putând reduce astfel mortalitatea prin această boală cu până la 30 la sută.



Lupta celor care au rămas. medicii tineri care au refuzat

Anda și Alex: povestea frumoasă a doi tineri medici ieșeni. De ce au ales să se întoarcă acasă?

Ina DUMITRESCU

Anda și-a dorit să devină medic încă din timpul gimnaziului. Era în clasa a șaptea când a participat la Concursul „Sanitarii Pricepuți”. I-a plăcut și și-a dorit mai mult. A ales apoi să dea admitere la Medicină, și a reușit. La repartitie a simțit însă că nu ar putea consulta și prescrie medicamente zi de zi, motiv pentru care a ales altceva: specialitatea Anestezie și Terapie intensivă.

Alex răsoia în copilărie, pe lângă obișnuitele cărți de povești, și atlase de anatomie. Acestea din urmă i se păreau mult mai interesante. Așa că într-o zi a spus că vrea să devină medic. Și-a împlinit visul. Mereu i-au plăcut lucrurile practice, pe care le putea realiza cu propriile mâini, motiv pentru care nu putea alege decât o specialitate chirurgicală. El povestește că a ales intuitiv, în momentul repartitiei, chirurgia generală, pentru că și-a dat seama că dorea să fie în centrul acțiunii și să ajute oamenii.

S-au cunoscut în timpul rezidențiatului

Anda și Alex s-au cunoscut la un moment dat, în timpul rezidențiatului, în sala de operație. Și au ales să rămână împreună. S-au căsătorit chiar în perioada pandemiei, în timp ce erau în Franța. Cum au ajuns aici? „În timpul pandemiei, **cariera mea era la o intersecție de drumuri: eram în punctul de a renunța. Soția mea făcea ture de 3 ore într-o secție transformată în ATI Covid la etajul 6 al unui spital, la 40 de grade, cu soarele ce bătea direct în geamurile saloanelor închise ermetic, fără aer condiționat. Erau reguli epidemiologice impuse la nivel european. Împreună cu o infirmieră și o asistentă îngrijeau mai mult de 10 pacienți. În fiecare seară îi făceam supă de legume pentru a compensa deshidratarea. După trei**

săptămâni, în timp ce eram de gardă, pe 18 septembrie, Anda m-a sunat și mi-a spus că ar fi momentul să depunem CV-urile pentru Franța. A doua zi CV-urile ul erau deja trimise. Și la scurt timp am fost amândoi acceptați”, își aduce aminte Alex.

„Ne-am hotărât să plecăm în Franța în al doilea val de pandemie Covid, când am realizat că îmi doresc să pot face mai multe pentru pacienții mei. Cred că a fost o perioadă cu încercări pentru toate specialitățile medicale, dar pentru personalul ATI a fost cel mai greu. A fost o decizie de moment, ne-am hotărât în septembrie să plecăm, iar la sfârșitul lunii octombrie eram deja acolo. Sistemul medical francez era deja suprasolicitat, pentru că ei aveau mai multe cazuri zilnice decât noi, așa că ne-au acceptat fără probleme. Am fost plecați în Le Mans. A fost o perioadă frumoasă din viața noastră”, a povestit Anda.

„A trebuit să muncim de 10 ori mai mult ca să ținem pasul“

Ea a mai spus că le-a fost destul de greu să se acomodeze cu limba franceză, dar au avut marele noroc să nimerescă într-un spital unde erau deja foarte mulți români, și s-au simțit ca într-o familie. Primele zile au fost destul de solicitante pentru că erau foarte multe lucruri de învățat, nu reușeau să țină ritmul cu limba franceză, care nu se potrivea cu ceea ce învățaseră în școală. Programul era diferit de cel de acasă, iar lucrurile acolo se făceau la cu totul alt nivel.

„Norocul meu și al lui Alex a fost un coleg român care era de 6 luni la spitalul Le Mans și care ne-a îndrumat. Îi mulțumesc cu ocazia aceasta! Evident, a trebuit să muncim de 10 ori mai mult ca să ținem pasul cu tot ce se întâmpla acolo. Pentru că, așa cum spuneam, lucrurile se făceau la un alt nivel, alte medicamente, alte proceduri și proto-

coale. M-am descurcat, am învățat, am dat tot ce aveam mai bun și mi se pare că într-un an am crescut foarte mult. Medicii de acolo au fost încântați de gresul meu, și evident cu trecerea timpului au prins și ei încredere în mine și m-au lăsat să fac lucruri pe care nu m-ar fi lăsat la început. Totuși, cred că este evident, dacă ar fi fost de ales între un rezident francez și persona mea... știm cu toții pe cine ar fi ales”, a spus Anda.

Alex își aduce aminte că Centre Hospitalier Le Mans, unde au ajuns să lucreze, era un spital frumos aflat la marginea orașului de la geamurile căruia se vedea Catedrala Saint Julien, o priveliște de care beneficiau toți pacienții. Este echivalentul unui spital județean din România, dar cu 1.600 paturi, 23 de săli de operații și buget anual de 470 milioane de euro.

Programul nu prea le lăsa timp să se gândească la viața de familie

„M-am adaptat repede la sistem, cu limba franceză am avut nevoie de ajutor. Din cauza barajului lingvistic, colegii francezi au fost înțelegători cu mine și mi-au permis să fac gărzi din a doua lună. Iar eu drept mulțumire am ales să fac de gardă în ziua de 31 decembrie, în ciudat programului de 12-14 ore pe zi, zămbeam când plecăm spre spital. Acolo chirurgul era în centrul atenției. El decidea ce este de făcut și cu ce, iar spitalul furniza tot ceea ce era necesar creându-i specialistului confortul pentru a putea practica. În Franța spitalele publice funcționează ca o industrie și investesc în oameni pentru a atrage cât mai mulți pacienți, totul pentru a aduce mai mult bani în unitatea sanitară”, a povestit Alex.

Anda își aduce aminte că programul 8.00-18.00 și gărzile din spitalul francez nu prea le lăsau timp să se gândească la ce însemnau viața de familie. Cel mai mult „trăiau” în weekenduri, când reușeau să se

adune toți rezidenții români și să organizeze întâlniri cu mici, bere și lucruri pe care le mai procurau de la un magazin românesc. Totul acolo era închis din cauza pandemiei și cu greu puteau să ia o pâine. Cu toate acestea, Anda consideră că atunci a fost o perioadă minunată. Au reușit să sărbătorească Paștele și Crăciunul în familie cu ciorbă, piftie, cozonaci, pască și ouă roșii.

Amândoi au reușit să își prelungească șederea în Franța cu încă 6 luni. În a doua jumătate a stagiului, Alex era deja integrat, își exprima opinia la cazurile mai dificile, iar medicii țineau cont de ea. Era lăsat să opereze și singur. Apoi au fost nevoiți să revină acasă pentru continuarea rezidențiatului. Nu le-a părut rău că s-au întors, pentru că iubesc România și își doresc din tot sufletul să își crească aici copilul, împreună cu familia, bunicii și cu apropierea de natură pe care acolo nu ar fi avut-o. Dar le este dor și de colegii lor din Franța.

De ce s-au întors? „Ceva mă ține aici. Nu știu ce“

„Ne-am întors pentru că trebuia să terminăm rezidențiatul aici și să ne creștem copilul în România. Doi părinți cu un program de 12 ore de muncă pe zi nu i-ar fi asigurată o copilărie frumoasă. Cred că ne-am întoarce în Franța dacă nu am avea nicio perspectivă de viitor în țară. Dar, din păcate, este tot timpul ceva ce luăm în calcul. Momentan nu suntem departe de medicina de afară, chiar dacă este greu de recunoscut asta. Dar putem învăța de la cei care au fost plecați. Toți s-au întors cu gânduri mari și au vrut să schimbe sistemul, dar uneori nu ești lăsat. Te lovești chiar și de mentalități de genul: «vii tu să ne înveți pe noi, profesorul x,y,z»» Ne lipsește medicația, ordinea, disciplina și mai ales oamenii foarte bine pregătiți. Dar nimic nu-i imposibil. Eu chiar îmi doresc să pot aplica ce am învățat acolo.



Alex și Anda Năstase

Probabil voi putea face asta când voi fi medic specialist. Și tot așa, îmi doresc să mai pot face cursuri în străinătate pentru a putea evolua pe plan profesional”, a concluzionat dr.Anda Năstase.

Alex crede că există și în România potențial de dezvoltare, dar trebuie mai mult implicare și nu trebuie comparate două sisteme care privesc totul din altă perspectivă. „După terminarea rezidențiatului am ales să rămân în Iași devenind doctorand în științe chirurgicale și asistent universitar în chirurgie și așteptând să obțin, cu ajutorul lui Dumnezeu, integrare clinică. Primesc oferte din Franța, iar de la colegii din Centre Hospitalier Le Mans primesc des- tul de des invitații spre a lucra acolo.

Dar ceva mă ține aici. Nu știu ce. Este adevărat că nu trece o săptămână în care să nu mă gândesc dacă nu ar trebui să plec, dar fetița are doi ani și nu aș despărți-o de bunici. Familia este cea mai importantă. Cel mai greu este că nu te ajută nimeni să te dezvolți. Am fost recent la o specializare la unul dintre cele mai mari centre de chirurgie hepatică din lume, La Humanitas, Milano, unde am stat 2 luni. Am fost nevoit să îmi achit cazarea, masa și transportul, totul pentru a mă putea perfecționa. Nu regret acest lucru, ba chiar sunt mulțumit că am avut susținerea familiei. Dar alții care vor și nu pot? Cu ei cum rămâne?”, s-a întrebat retoric dr. Alex Năstase.

Robert Pintilie, rezidentul la neurochirurgie care a refuzat Franța „În România lucrurile merg uneori mai lent, dar în direcția bună“

Cătălin HOPULELE

Robert Pintilie este rezident în anul al treilea la Spitalul de Neurochirurgie și spune că face meseria pe care și-a dorit-o încă de mic, din clasa a șaptea, de la primele ore de biologie și anatomie. Nu are alți medici în familie, singura inspirație pe care a avut-o să pornească în această direcție a fost pasiunea sa. „Așa s-a nimerit”, spune, modest, tânărul considerat unul dintre cei mai promițători rezidenți ai generației sale.



Dr. Robert Pintilie

Respectul pe care-l merită medicii? „Cel pe care-l oferă“

Robert spune că a găsit și cea mai bună variantă de a naviga situația complicată cu privire la respectul pe care-l primesc medicii în România. A început să lucreze după mijlocul pandemiei, depășind momentul critic în care masele de oameni protestau împotriva vaccinurilor în fața spitalelor, unde le strigau medicilor că sunt „asasini”. Cum nu a prins nici anii în care medicii erau exclusiv „dumnezei” în spitale, în fața cărora nu mișca nimeni. El cred că acum este o chestiune de balanță - primește respectul pe care-l oferă. „Relația dintre medic și pacient este diferită în România față de Franța, cel puțin din experiența mea. Eu am învățat în cei șapte ani de-acasă că respectul se primește atâta timp cât îl și oferi. Și cred că asta e un lucru important în România, în relația noastră cu pacienții, și cred că nu e un raport pe care-l folosim foarte des. Eu nu am avut probleme niciodată în relaționarea cu pacienții, deși am avut pacienți dificili sau situații mai complexe de navigat. Nu am simțit neapărat o lipsă de respect atâta timp cât și eu oferem același respect pe care-l pretindem. Cred că trebuie să lucrăm la asta”, a spus rezidentul.

Diferența mare la nivelul aceste relații medic-pacient pe ruta România-Franța l-a resimțit în special în ceea ce privește transparența informațiilor oferite pacienților. „Acolo mi se pare întodeauna că pacienții pleacă foarte bine informați de la spital despre starea lor de sănătate și lucrurile sunt foarte clare de la bun început în conversația între medici și pacient. Nu există ambiguități, nu e «o să vedem», «o să fie», «o să ne gândim» - lucrurile sunt clare, toată lumea e mulțumită că a primit informația așa cum trebuie și lucrurile merg destul de bine din punctul ăsta de vedere. Foarte rar am văzut pacienți / aparținători nemulțumiți din discuția cu medicul sau să fie mai recalcitrați din punctul ăsta de vedere”, a mai explicat Robert Pintilie.

Rezidentul crede că mai avem cu siguranță de recuperat la nivel medical pentru a ajunge Franța din urmă, dar că aceste lucruri depind de la un spital la altul, cât și de la un oraș la altul. „Dar acesta este un lucru bun”, spune rezidentul, pentru că așa cum și medicii din România au potențial de a crește, și cei din Franța mai au loc de îmbunătățire. „Avem de recuperat și poate e un lucru bun că vorbim de medici care au mai fost în străinătate, vedem modul ăsta de lucru și poate putem aduce ceva în- poi în țară”. ●

„România a fost o alegere potrivită pentru mine și familia mea: aici e ca în Occident“

Ina DUMITRESCU

Dumitru Grăjdianu are 43 ani și este din anul 2017 medic primar ATI la Institutul de Boli Cardiovasculare „George Georgescu” din Iași. A ales medicina fiind influențat de familie, părinții și surorile lui fiind medici. Deși a terminat Facultatea de Medicină Generală în Republica Moldova, la USMF „N. Testemițanu” din Chișinău, a preferat să profeseze în România. A ales specialitatea de anestezie și terapie intensivă deoarece succesul tratamentului unui pacient critic poate fi văzut rapid, iar de aici, a spus medicul, vine și satisfacția muncii pe care o faci.



Dr. Dumitru Grăjdianu

„Oameni ai străzii, alcoolici, drogați. Eram la început de drum“

„Rezidențiatul l-am efectuat în Republica Moldova în cadrul Institutului de Medicină de Urgență din Chișinău. Fiind un spital de urgență veneau cazuri grave de politraumat, chirurgie de urgență, cazuri sociale depășite, inclusiv oameni ai străzii, alcoolici, drogați, iar eu, fiind abia în formare, la început de drum, eram marcat de ceea ce vedeam. În timp, cu ajutorul medicilor îndrumători, am reușit să trec peste bariera psihologică și să fiu concentrat asupra aspectului medical. Medicii sunt empatici cu pacienții și este greu să faci față presiunii psihologice în cazurile grave, care uneori se pot termina cu decesul pacientului. În timp am învățat că este important să știi că ai făcut tot ce ai putut cu resursele pe care le-ai avut la dispoziție”, a povestit dr. Dumitru Grăjdianu.

Primul contact cu sistemul medical românesc a fost în 2006. Dumitru Grăjdianu era în anul III de rezidențiat în Republica Moldova și a obținut o bursă de 6 luni la Clinica ATI UMF „Iuliu Hațieganu” din Cluj. Medicul își amintește că atunci România se pregătea să adere la UE, iar farmecul studențesc al Clujului l-a cucerit. Spitalul era recent renovat, iar secția ATI beneficia de profesioniști de renume. Dotările moderne și succesele terapeutice l-au făcut să se simtă ca într-un spital modern „din vest”. Această experiență i-a influențat mai târziu alegerea de a se stabili în România.

După terminarea rezidențiatului a activat timp de 6 ani ca medic ATI în cadrul Institutului de Neurologie și Neurochirurgie „D. Gherman” din Chișinău. Acolo a văzut numeroase cazuri impresionante prin complexitatea lor. Pe unele, care l-au marcat, le ține minte și astăzi. Este vorba de traumatis-

mele cervicale, în urma săriturilor în apă. Medicul a povestit că pacienții erau tineri care aveau toată viața înaintea, dar o alegere greșită, pentru unii, a fost fatală, iar pe alții i-a lăsat cu dizabilități severe.

S-a simțit la IRO Iași ca într-un spital din Occident

„A fost o perioadă fructuoasă din punct de vedere profesional, cu multe cazuri rezolvate, un colectiv unit și dedicat, dar salariile mici cu care erau plătiți medicii atunci m-au determinat să caut alte oportunități. Astfel, am ajuns să mă informez unde aș putea profesa ca medic ATI și să am atât satisfacție profesională cât și materială. România a fost o alegere potrivită pentru mine și familia mea, deoarece vorbeam aceeași limbă, aveam aceeași cultură și aceleași valori, iar părinții, rudele și prietenii erau aproape”, a spus medicul. În anul 2015 a intrat în programul de rezidențiat specialitatea ATI la Iași. O parte din rezidențiatul efectuat în Republica Moldova a fost echivalat, iar diferența de module le-a făcut în clinice universitare din Iași. Primul spital unde a început rezidențiatul ATI a fost Institutul Regional de Oncologie. Dr. Dumitru Grăjdianu își aduce aminte că s-a simțit acolo ca într-un spital din Occident. A fost impresionat apoi și de Institutul de Boli Cardiovasculare „George Georgescu”. Pentru el era o primă experiență în domeniul cardiochirurgiei.

„Am văzut la IBCV cum în urma tratamentului pacienții își resetau viața, făceau lucruri pe care nu le mai puteau realiza înainte de operație, cauza fiind toleranța mică la efortul din viața de zi cu zi. Astfel, atunci când a fost scos la concurs un post de medic specialist ATI, am aplicat cu mare interes. Și am reușit. Pot compara spitalele din România cu cele din vest, din Germania și Marea Britanie, unde am efectuat stagii și am lucrat pe poziții de locum Specialist Critical Care Doctor”, a povestit medicul.

Din 2017 este medic ATI în cadrul IBCV. Dr. Dumitru Grăjdianu a punctat faptul că aici, în afară de operațiile clasice pe cord deschis, se fac intervenții minim invazive precum schimbare de valvă aortică TAVI, endoprotezări de aortă cu o recuperare rapidă postoperatorie. Cele mai dificile cazuri sunt disecțiile acute de aortă. Iar pacienții care altădată inevitabil decedau, au acum o șansă la viață.

O noapte de coșmar

„În ATI este greu în timpul formării, dar mai ales când ești proaspăt specialist și ai viața pacientului în mâinile tale. Mai apoi, când ai mai multă experiență, marea provocare este balanța dintre activitatea profesională și familie, având în vedere orele prelunge de program și gărzile numeroase. Cel mai dificil mi-a fost în garda din noaptea de 10 spre 11 aprilie în anul 2018, când a fost incendiu de la blocul operator al institutului. Am evacuat pe orizontală un salon ATI, iar dimineața am evacuat alți 3 pacienți intubați la IRO. O noapte de coșmar. Partea bună este că nu a avut nimeni de suferit, iar colectivul s-a mobilizat exemplar, au venit de acasă și au evacuat cât s-a putut de mult din aparate și materiale, umbland prin beznă, ajutați de lumina telefoanelor, prin apa până la glezne”, își amintește medicul.

Dumitru Grăjdianu este medicul care a ales România și nu Occidentul. Nu regretă alegerea făcută. La Iași este acum casa lui, iar institutul, locul unde zilnic salvează vieți. „Medicina din România tinde să fie ca în vest și, sincer, cred că îi reușește. Ar mai fi de lucru. Are nevoie de digitalizare, de o fișă electronică a pacientului de unde ai putea afla operativ informații, mai ales dacă e vorba de pacienții critici în urgențe. Nu ai mai avea nevoie să aștepti până aude familia o scrisoare medicală de la internările din alte unități sanitare, iar în aceste situații timpul nu înseamnă bani, ci vieți omenești. Relația unui medic ATI cu un pacient este diferită de alte specialități, deoarece pacientul vine la operație de obicei îngrijorat, are frica de a nu se trezi după intervenție, iar perioada sederii în ATI este dificilă. Pare puțin important, dar după 2-3 nopți de nesomn psihicul poate ceda. Încercăm să minimalizăm disconfortul pacienților, dar realizăm că cel mai bine pentru ei este o ședere cât mai scurtă în ATI”, a concluzionat dr. Dumitru Grăjdianu. ●

De ce au ales România să ia drumul străinătății?

Dr. Dan Cristian Moraru, chirurgie plastică: „Majoritatea și-ar dori să fie acasă, iar aici să își găsească locul visat“

Ina DUMITRESCU

Dan Cristian Moraru a terminat Facultatea de Medicină a Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa“ din Iași în anul 2013. Imediat după absolvire a susținut Examenul Național de Rezidențiat și a ales specializarea Chirurgie Plastică, Estetică și Microchirurgie Reconstructivă. După 5 ani de pregătire, în 2018, în urma susținerii examenului de Specialitate, a devenit medic specialist. În iulie 2024 devine medic primar, după susținerea examenului de Primariat, la București. Își amintește de perioada de rezidențiat pe care a perceput-o ca pe o lecție și un test de responsabilizare.

„Contactul cu chirurgia necesită o perioadă de maturizare profesională“

„Contactul cu chirurgia nu este ușor, necesită o perioadă de maturizare profesională intensă, provocatoare și foarte competitivă. Întregul stil de viață devine diferit, percepțiile se modifică, apar noi repere de rezistență psihică și fizică, iar



Dr. Dan Cristian Moraru

sustinerea și înțelegerea celor apropiați devin foarte importante în această perioadă de tranziție. Au fost ani frumoși, de care îmi amintesc cu plăcere, sunt anii în care consider că am descoperit cât de important este să ai un mentor pe care să îl iubești și să îl apreciezi. Am învățat cât de important este să muncești, să înveți, să fii rezistent și puternic, dar și cum propria personalitate și educație trebuie să intervină astfel încât viitorul caracter complex al unui medic matur să se formeze liber“, a povestit medicul.

Cea mai mare perioadă din pregătirea în specialitate a făcut-o în cadrul Secției Clinice de Chirurgie Plastică, Reconstructivă și Arsuri din cadrul Spitalului de Urgențe „Sf. Spiridon“ din Iași. Aici Dan Cristian Moraru profesează la ora actuală ca medic primar, în paralel cu activitatea didactică de la UMF „Grigore T. Popa“ Iași. Medicul a mai urmat stagii de pregătire în cadrul Institutului Regional de Oncologie, în compartimentul

de Chirurgie Plastică și în diverse spitale din Iași, în conformitate cu traseul curricular din acea perioadă.

„În străinătate am făcut un stagiu de pregătire în cadrul Centrului de Mari Arși al Spitalului „Saint Louis“ din Paris, Franța, unde am avut ocazia să intru în contact cu practicile europene în ceea ce privește managementul terapeutic al marilor arși, dar și cu standardele logistice ale unui Centru de Mari Arși. S-a întâmplat în perioada pre-cursoare înființării noilor Centre și Unități Funcționale de tratare a arsurilor din România. Este foarte mult profesionalism în vestul Europei, se pune accent pe responsabilitate, respect reciproc și în special față de pacient. Se insistă pe o pregătire serioasă a rezidenților, care sunt instruiți și ghidați să facă operații avansate devreme în cursul pregătirii. Sunt supravegheați, susțin training-uri periodice, participă la cursuri, sunt testați și ajutați. Rezidenții sunt

respectați dar și responsabilizați. Medicii seniori sunt aparent foarte relaxați, generoși din punct de vedere profesional, însă extrem de exigenți și nu acceptă compromisuri“, a spus dr. Dan Cristian Moraru.

Amintiri din stagiul din Occident

Medicul își amintește că în stagiul efectuat la spitalul din Paris colectivul a fost primitor și civilizat, au fost deschiși la dialog, i-au permis să își exprime opiniile, a făcut schimb de informații, s-a simțit bine integrat și respectat. A învățat multe lucruri pe care le-a aplicat în profesie atunci când a revenit în țară.

„Nu am vrut niciodată cu adevărat să plec definitiv pentru a profesa în străinătate. Știu că multe locuri sunt mai avansate, cu resurse profesionale, însă am încredere că sistemul medical românesc este într-o continuă dezvoltare, are profesioniști buni, are potențial. Sistem perfect nu există, cred că și străinătatea are aspecte perfectibile. Aici am avut, pe de altă parte, familia, pe care nu aș putea-o părăsi. Vă mărturisesc însă, visul meu curajos este să practic medicina într-un climat tropical. Urăsc frigul. Este singurul lucru care mă face să visez la a pleca. Glumesc: din punct de vedere profesional, mă simt împlinit. Văd un viitor al supraspecializărilor și privesc înainte cu mare încredere, îmi iubesc țara și îmi iubesc pacienții“, a spus medicul.

Dr. Dan Cristian Moraru crede că înainte medicii plecau din țară din cauza nivelului de trai scăzut, a condițiilor de lucru mai bune în spitale

din alte state, dar și pentru că erau mai respectați de către societățile din străinătate. „Se mai pleacă și acum. Pentru că nu este un drum ușor nici în zilele noastre. Pot apărea dezamăgiri, neîmpliniri și poate inechitabilități. Orice om are dreptul să speră la o viață mai bună, la un traseu profesional cu mai multe satisfacții. Uneori se realizează, alteori nu. Ceea ce cred, însă, e că majoritatea și-ar dori să fie acasă, iar aici să își găsească locul visat“, a punctat dr. Dan Cristian Moraru.

Una din marile satisfacții

Medicul consideră că fiecare caz de mare ars tratat cu succes este o victorie. Nu neaparat pentru el, ci o victorie a lui Dumnezeu și a pacientului, o șansă la viață la care medicul este impresionat că a putut să participe. Pe lângă pacienții arși, specialistul a spus că resimte o satisfacție când o persoană se poate uita din nou în oglindă cu încredere. Își amintește cazul unei femei care a suferit o dramă, a fost mușcată de nas de către altcineva și a avut nevoie de o reconstrucție nazală complexă. Era o persoană tânără, care avea nevoie de ajutor și să înceapă o nouă viață. A operat-o cu succes, iar când femeia a revenit la control era îngrijită, cochetă, cu zâmbetul pe buze și cu încredere în viitor.

Cel mai greu în carieră i-a fost când a realizat cu adevărat că, în unele situații, între viața și moartea cuiva stă doar el, medicul. Dumnezeu a adus viu în fața lui pe cineva, iar supraviețuirea acestuia depinde de el. Dr. Dan Cristian Moraru a spus că această situație este șocantă și te responsabilizează. ●

Dr. Gheorghe Dolineaschi, neurochirurg la Spitalul Arcadia, după o experiență de 5 ani în Franța:

„În neurochirurgie trebuie să fii organizat și meticulos...“

Cu o pregătire academică și o experiență profesională de peste 5 ani în Franța, Dr. Gheorghe Dolineaschi este medic specialist Neurochirurgie. Experiența internațională dezvoltă noi metode de abordare a relației medic-pacient și în România, în Spitalul Arcadia.

- Cum ați ales drumul către neurochirurgie? Ce v-a motivat?

- Neurochirurgia se desfășoară printr-un câmp mic de lucru. Te obligă să îți programezi și măsori fiecare gest, fiecare pas. Nu prea ai spațiu de manevră. Trebuie să fii organizat și meticulos. Și, în același timp, este ONE MAN SURGERY. Din momentul în care capeți încrederea necesară, devine o chirurgie frumoasă, chiar dacă în timp devii un pic obsedat de control. Un punct de cotitură în pregătirea mea a fost citirea cărții „Sculptura în creier“, despre cariera și viața Profesorului Leon Dănăilă. Cred că mi-a confirmat că această specialitate se pliază bine pe a mea personalitate.

- Cum v-a influențat cariera experiența pe care ați acumulat-o în Franța?

- Mult, foarte mult. Ce m-a impresionat cel mai mult în Franța?

Totul este foarte bine organizat, standardizat. Și asta face ca un spital/secție de neurochirurgie să funcționeze. Nu se pierd timp și resurse cu lucruri inutile. Pacientul este instruit despre

fiecare etapă din tratamentul său. Știe ce, când și unde urmează să se efectueze o investigație/intervenție.

Comunicarea medic-pacient este cu mult peste ce se face în România. Se ia în considerare orice aspect din viața unui pacient. În plus, se explică foarte mult pacientului planul de tratament.

Comunicarea dintre persoanele implicate în procesul de îngrijire a pacientului. Nu există rigiditatea din sistemul românesc. Toata lumea participă la întruniri/reuniuni/staff-uri în care se discută fiecare caz/problemă în parte. Au loc frecvent reuniuni pluridisciplinare de oncologie, de infecțioase, de terapie intensivă.

- Care sunt afecțiunile cele mai frecvente în domeniul dumneavoastră de activitate?

- Cele mai frecvente afecțiuni tratate în neurochirurgie sunt problemele de coloană, traumatismele și patologia vasculară. În privat, patologia degenerativă spinală ocupă un loc important, dominant. Pe locul al doilea sunt tumorile cu evoluție lentă. Unele intervenții necesită o spitalizare lungă și uneori cu supra-veghere prelungită în Reanimare.

- Care sunt provocările cu care vă confrunțați în activitatea dumneavoastră?

- Cum spuneam, o provocarea constantă este faptul că nu există protocoale clare în ceea ce privește modul în care se tratează un pacient. Francezii au o expresie „la prise en charge“, care exprimă o preocupare mult mai largă și mai complexă în ceea ce privește tratarea unui pacient. Este o direcție care se dezvoltă în Arcadia și pe care și eu o am în vedere.



Dr. Gheorghe Dolineaschi

Neurochirurgia este o specialitate grea, care necesită și participarea altor specialități în tratarea pacienților. Direcțiile de dezvoltare ale Rețelei Medicale Arcadia, mai ales pe zona de recuperare medicală, integrează foarte bine îngrijirea pluridisciplinară a pacientului neurochirurgical. Investițiile în tehnologie permit abordarea minim invazivă a unor afecțiuni frecvente, cu recuperare rapidă a pacientului și creșterea confortului postoperator. Tehnicile chirurgicale avansate și dotarea state of the art reprezintă premisele absolut necesare pentru tratarea cu succes, prin intervenții minim invazive, ale unei serii extinse de afecțiuni neurochirurgicale. Tehnologia din Spitalul Arcadia pune în valoare experiența echipei de neurochirurgie, reprezentând instrumente importante care contribuie la reducerea timpului necesar desfășurării intervenției, cresc gradul de certitudine a gesturilor chirurgicale și oferă multe alte avantaje pacienților. ●

De la Colmar la Iași: „Orice medic rezident ar trebui să parcurgă un stagiu de 6-12 luni în străinătate“

Ina DUMITRESCU

Tudor Grămadă a terminat Facultatea de Medicină de la UMF „Grigore T. Popa“ din Iași în anul 2013. Acum este medic primar radiologie și imagistică medicală la Institutul Regional de Oncologie din Iași. Pentru el medicina a fost o alegere generată, cel mai probabil de modelul familial, ambii părinți fiind medici, iar fratele său student deja la medicină când Tudor s-a hotărât ce facultate să urmeze.

„Specialitatea a fost aleasă urmându-l pe fratele meu care era deja specialist radiolog atunci când am dat rezidențiatul. În plus, am cochetat mereu și cu studiul fizicii. În paralel cu medicina am urmat și cursurile facultății de fizică, și am considerat că radiologia este o specialitate care ar avea mai multe lucruri în comun cu acest domeniu. Cei 4 ani de rezidențiat, cât se făcea atunci, au trecut foarte repede. În România am efectuat 3 ani de stagiu, în care am activat prin mai multe spitale din Iași, iar un an l-am efectuat în Franța, la Colmar“, a povestit medicul.

Dupa finalizarea rezidențiatului a plecat din nou timp de un an în Franța,



Dr. Tudor Grămadă

la același spital în care lucrase ca medic rezident. Își amintește că acolo, la Colmar, erau foarte mulți medici români, și din acest punct de vedere se simțea ca acasă. Era sprijinit de colegi și tot cu ei avea parte și de viață socială. „În ceea ce privește condițiile de lucru, acestea erau la standarde foarte ridicate. Aparatura medicală în radiologie era numeroasă și de înaltă calitate. Asta și pentru că spitalul în care lucram era unul foarte mare, deservind toate specialitățile medicale, cu excepția chirurgiei vasculare. A trebuit să muncesc foarte mult în Franța, atât ca rezident, cât și ca specialist, dar în primul rând pentru că eram, în general, „ultimul venit“ în serviciu. Și frecvent ultimul venit are parte, printr-o lege «a naturii», de unele dezavantaje, pe care ceilalți nu vor să le mai aibă. Dar nu am simțit lucru

acesta ca fiind discriminativ pentru că eram din altă țară. În plus, medicii autentici francezi din serviciul de radiologie în care lucram erau minoritari față de alte naționalități. Predominanți erau românii“ a povestit specialistul.

„A fost un cumul de elemente care m-a determinat să mă întorc“

Dr. Tudor Grămadă a spus că soția sa este tot medic radiolog, iar la cele două plecări în Franța aceasta l-a însoțit. El spune că a fost un norocos, deoarece nu a fost nevoit să se împartă între profesie și familie: le avea pe amândouă în același loc. Deși s-a simțit integrat în colectivul spitalului francez, dr. Tudor Grămadă a ales să se întoarcă în România. „A fost un cumul de elemente care m-a determinat să mă întorc. Serviciul în care lucram acolo devenise cam dezorganizat, și acest lucru se agrava. În plus, în perioada cât am fost plecat, s-a mai estompat decalajul financiar dintre valoarea salariului din Franța și a celui din România. Existau și niște probleme de sănătate în familia rămasă în țară și toate astea m-au determinat să mă întorc. Până acum nu am regretat decizia. În trecut m-am gândit de numărăte ori că voi rămâne definitiv în Franța. Dar între timp conjuctura a făcut ca lucrurile să fie altfel. Și sunt de părere că trebuie mereu să ne adaptăm situației și conjuncturii date. Nimic nu ar trebui să fie cu definitiv“, a punctat medicul.

Acesta a mai spus că, în ceea ce privește disciplina de radiologie, în România sunt la ora actuală condiții de lucru apropiate de cele din Franța. Există accesibilitate ridicată la aparatura medicală radiologică de înaltă calitate, ecografie, imagistică prin CT și IRM, aproape în întreaga țară. Medicul a atras însă atenția asupra faptului că există discrepanțe mari la partea de radiologie intervențională, în care în România mai este mult de investit.

„Sunt aspecte și bune și rele, atât la unii cât și la alții“

„Din experiența avută, profesând în afară pot spune că sunt aspecte și bune și rele, atât la unii cât și la alții. Am învățat în România lucruri pe care acolo nu am putut să le învăț și invers. Un fapt este cert din punctul meu de vedere: orice medic rezident ar trebui să parcurgă un stagiu de 6-12 luni în străinătate pentru că i-ar îmbunătăți cu siguranță experiența și asta indiferent de diferențele de salariu sau de planurile de viitor. În trecut medicii plecau din considerente financiare și din cauza condițiilor de lucru. Dacă cele financiare s-au mai estompat, în multe locuri din România condițiile de lucru nu au evoluat suficient, ceea ce creează o frustrare, care determină oamenii să plece. Probabil că mai avem mult de investit pentru a rezolva aceste aspecte“, a concluzionat dr. Tudor Grămadă. ●

Ina DUMITRESCU

Irina Gîrleanu a ales medicina din pasiune. De când se știe a dorit să ajungă medic indiferent câte sacrificii presupunea această meserie. Nu a fost influențată de părinți, aceștia susținând-o în orice decizie ar fi luat în legătură cu cariera sa. Primele noțiuni legate de biologie le-a primit de la mama sa care era biolog. În clasele primare s-a îndrăgostit iremediabil de biologie, de corpul uman și de complexitatea lui.

A intrat la medicină în anul 1999 cu sufletul plin de dorința de a învăța cât mai multe lucruri și de a ajunge un medic desăvârșit, asemenea dascălilor săi. Medicul a spus că nu știe dacă a reușit, însă, indiferent cât de lung a fost drumul, l-ar repeta oricând, fără niciun regret. „După absolvirea facultății am ales în urma concursului național de rezidențiat specializarea de Medicină Internă datorită caracterului său integrativ, fiind și atunci și acum «regina specialităților medicale». În timpul modulului de gastroenterologie mi-am dat seama de complexitatea acesteia, în special a hepatologiei, considerând pacienții diagnosticați cu ciroză hepatică adevărate provocări în ceea ce privește diagnosticul și tratamentul complicațiilor. Atunci am hotărât să urmez a doua specialitate, gastroenterologia.

În cadrul Institutului de Gastroenterologie și Hepatologie din Iași mi-am întâlnit mentorii. Este vorba de domnul profesor Carol Stanciu și de doamna profesor Anca Trițan. Am învățat de la aceștia că cel mai important este să fii om, să ai suflet, pentru că toate tehnicile le putem învăța ușor, însă empatia și respectul față de pacienți sunt lucruri care trebuie însușite și care nu se învăț din nicio carte“, a povestit medicul.

În cadrul studiilor doctorale Irina Gîrleanu a efectuat un stagiu de 3 luni, în Padova, Italia. A lucrat într-un spital mare care avea inclusiv un centru de transplant hepatic și în care se realizau proceduri complexe pentru pacienții diagnosticați cu ciroză hepatică. Aici a întâlnit mulți pacienți români.

„Inițial am fost copleșită de faptul că lucram cu profesori ale căror articole științifice le citisem de atâtea ori, le apreciasem și le citasem. Apoi m-am obișnuit să lucrez cu ei și să învăț de la fiecare. Însă gândul meu, în toată această perioadă, a fost acela de a pune în practică în România cele învățate acolo. Am fost foarte bine primită în colectivul lor și au apreciat cunoștințele pe care le aveam. Perioada pe care am petrecut-o acolo am folosit-o la maxim pentru a învăța cât mai mult, însă niciun moment nu m-am gândit să rămân acolo. Mereu îmi spuneam „asta putem face și la noi“. Și așa o putem face. Sper că generația mea și generațiile care vor veni să reușescă să demonstreze că medicina românească se ridică la nivel internațional. Numai împreună putem ajuta la crearea unui mediu mai bun

pentru pacienții noștri“, a spus medicul.

Dr. Irina Gîrleanu este de părere că suntem aproape de a face medicină „ca în afară“, dar ne lipsește o parte din infrastructură. Își amintește că profesorul Carol Stanciu le spunea tinerilor rezidenți că „tehnologia fără direcție este o mare greșală a lumii medicale și că nu trebuie să înlocuiască actul medical“.

„Cel mai greu în profesie a fost în momentul în care am pierdut primul pacient. Indiferent de câte cursuri facem în facultate, care să ne ajute să trecem peste aceste momente, niciodată nu ești pregătit. Cred că cel mai greu în această profesie este să te păstrezi viu, să nu devii împietrit de fiecare pierdere pe care o ai, să rămâi om, să-ți menții compasiunea și să lupți împotriva indiferenței“, a punctat medicul.

Din anul 2016 la Spitalul „Sf. Spiridon“ există Centrul de Transplant Hepatic unde medicii au reușit să ofere o nouă viață pacienților cu ciroză hepatică. Dr. Irina Gîrleanu este medic primar gastroenterologie, medic specialist medicină internă și se ocupă la ora actuală de includerea pacienților pe lista de așteptare pentru transplant hepatic și urmărirea lor post transplant. Aceasta a atras atenția asupra faptului că sunt mulți pacienți care au nevoie de un transplant hepatic, însă nu toți ajung să beneficieze de el. Numărul de donatori este foarte mic și ciroza hepatică este o boală necrutătoare, care, de cele mai multe ori, nu-i dă răgaz pacientului să aștepte un transplant hepatic.

Pentru fiecare pacient pe care îl include pe listă, dr. Irina Gîrleanu are speranță că acesta va putea beneficia de o viață nouă. Împreună cu colegii ei se



Dr. Irina Gîrleanu

luptă pentru a ține în viață acești pacienți, însă, uneori pierde pe nedrept această luptă. „Cu pacienții transplantați în centrul nostru suntem ca într-o mare familie. Faptul că îi văd la control, că sunt bine, că și-au reluat viața, că au copii, că și-au îndeplinit visurile pe care le aveau prin noua viață primită, mă face să mă trezesc în fiecare zi cu speranță și să merg la spital convinsă că munca noastră contează cu adevărat. Îmi aduc aminte de cazul unui pacient de 37 ani, crescut la casa de copii, diagnosticat cu ciroza hepatică virală B+D, care a fost printre primii pacienți transplantați în centrul nostru și care, cu ajutorul unei fundații, a reușit să-și refacă viața, să lucreze la rândul său pentru a-i ajuta pe alții. A făcut numeroase acțiuni umanitare și a ajutat în mod necondiționat toți pacienții transplantați din alte județe. Este un exemplu de omenie care aduce multumire în profesia noastră și confirmă caracterul profund umanitar al donării“, a spus dr. Irina Gîrleanu. ●



Totul despre RMN-ul cardiac

Imagistica prin rezonanță magnetică cardiovasculară este o tehnică avansată, utilizată pentru a obține imagini detaliate ale structurilor din interiorul și din jurul cordului. Această tehnică utilizează un câmp magnetic puternic și unde de radiofrecvență sub formă de impulsuri pentru a crea imagini tridimensionale (3D) ale inimii și arterelor, fără a expune pacientul la radiații ionizante.

RMN cardiac: când este indicat?

RMN-ul de cord este esențial pentru diagnosticarea, monitorizarea și gestionarea diverselor afecțiuni cardiovasculare. Principalele utilizări clinice ale unui RMN cardiac:

- tumori cardiace (pe suprafața exterioară sau în interiorul inimii);
- malformații congenitale cardiace;
- cardiomiopatii hipertrofice (afecțiuni care evoluează cu îngroșarea anormală a mușchiului cardiac) și dilatative (dilatări anormale ale ventriculilor cardiaci);
- valvulopatii cardiace;
- miocardite;
- anevrisme;
- afecțiuni ale pericardului (mucoasa exterioară a mușchiului inimii).

RMN-ul cardiac poate fi util în monitorizarea hipertensiunii pulmonare, evaluarea funcțiilor camerelor inimii (atrii și ventricule), măsurarea debitului cardiac în aortă și arterele pulmonare, evaluarea fibrozei cardiace după un infarct miocardic, evaluarea fluxului sanguin în arterele coronare și identificarea cauzelor de insuficiență cardiacă.

În cazul pacienților care suferă de boli cardiovasculare, un RMN al inimii poate fi recomandat pentru a **monitoriza pe termen lung efectul tratamentului**, în contextul în care, întrucât este un instrument non-invaziv, RMN-ul poate fi utilizat ori de câte ori este nevoie.

Un RMN cardiac poate fi efectuat **fără substanță de contrast** (indicat în cazul pacienților cu boală cronică de rinichi sau alergii severe) și **cu substanță de contrast pe bază de gadoliniu** (cu injectare pe cale intravenoasă). În acest caz, **pacientul trebuie să prezinte un set de analize** (creatinină și uree), pentru a evalua dacă rinichiul funcționează în parametri normali.

Cum te pregătești pentru un RMN cardiac?

Înainte de examinare, **pacientul trebuie să îndeparteze toate obiectele metalice** (bijuterii, ochelari, agrafe de păr, ceasuri, curele, proteze auditive și dentare, piercing-uri etc.), deoarece, pe lângă faptul că pot provoca arsuri, acestea pot interfera cu câmpul magnetic, afectând calitatea imaginilor obținute. De asemenea, pacientul trebuie să înde-



părteze toate dispozitivele electronice din buzunar. Pacienții cu orice tip de **dispozitiv metalic în interiorul corpului** (stent cardiac, pacemaker, plăci metalice sau șuruburi, tije vertebrale, proteze articulare, sisteme de neurostimulare etc.), trebuie să anunțe medicul radiolog-imagist pentru a verifica dacă **materiul este compatibil cu dispozitivul RMN**, în contextul în care unele obiecte metalice (clipsuri vasculare, stimulatori cardiace, implanturi cochleare, catetere metalice) interzic efectuarea examenului RMN.

În cazul RMN-ului cardiac, **pacientul poate consuma alimente solide sau lichide** și poate continua administrarea medicației de fond, în funcție de necesitate. În unele cazuri, **pacientului i se poate solicita să reducă consumul de cafeină** pentru o perioadă scurtă de timp înainte de scanare.

Cum se desfășoară o investigație RMN de cord în Centrele de Imagistică Medicală Arcadia?

RMN-ul captează imagini detaliate ale structurilor inimii și vaselor de sânge prin intermediul unui scanner, deschis la ambele capete. Pacientul va fi poziționat într-un tub cilindric alungit, înconjurat de un magnet de formă circulară închisă. În timpul investigației, acesta va fi poziționat în spațiul din mijlocul aparatului RMN, în așa fel încât zona examinată să fie plasată în interiorul dispozitivului.

Astfel, câmpul magnetic va interacționa cu protonii din corp, generând **semnale care vor fi convertite, ulterior, în imagini**. Imaginile tridimensionale obținute oferă posibilitatea de a analiza structura examinată din diferite unghiuri.

În funcție de complexitatea protocolului de examinare, investigația durează între 30 și 90 de minute, timp în care se efectuează mai multe **secvențe de scanare**. În acest interval, pacientul trebuie să stea pe spate, nemiscat și poate fi rugat să-și țină respirația pentru câteva

secunde pentru a obține imagini fără artefacte de mișcare.

Întrucât se identifică o mișcare constantă a inimii, **la nivelul pieptului vor fi montați electrozi de EKG și o centură respiratorie** necesară pentru a monitoriza ritmul cardiac și respirator, pentru a sincroniza imaginile obținute cu bătăile inimii.

Beneficiile examinării RMN la inimă

Un RMN cardiac oferă numeroase **beneficii pentru diagnosticarea și monitorizarea bolilor de inimă**:

- furnizează o imagine clară a anatomiei și funcției inimii, facilitând planificarea intervențiilor chirurgicale;
- ajută la evaluarea stării mușchiului cardiac după un infarct miocardic;
- poate depista afecțiuni în stadii incipiente (util în diagnosticul precoce al patologiilor cardiace);
- poate măsura funcția de pompă a inimii și fluxul sanguin, ajutând la identificarea problemelor de insuficiență cardiacă;
- oferă imagini de înaltă rezoluție ale structurii inimii, inclusiv ale mușchiului cardiac, valvelor, arterelor și camerelor inimii;
- nu implică expunerea la radiații ionizante.

Parte importantă a Rețelei Medicale Arcadia, cele 4 Centre de Imagistică Medicală, situate în Centrul Medical Arcadia Cicoarei, Centrul Medical Arcadia Sărărie, Centrul Medical Arcadia Nicolina și Spitalul de Recuperare Medicală Arcadia completează un circuit integrat de servicii, gândite atent, în sprijinul pacienților. Centrele de Imagistică Medicală Arcadia sunt dotate cu o tehnologie complexă care prezintă numeroase beneficii pentru pacienți.

Imagistica prin rezonanță magnetică (RMN) poate fi realizată atât pentru adulți, cât și pentru copii, cu sau fără sedare.

RMN 3 Tesla și acces gratuit și cu prioritate la examinare în Rețeaua Medicală Arcadia

Modificarea rapidă a dioptriilor la adult poate fi un semn că aveți cataractă

Maria Preda, Iași: *Tatăl meu are 76 de ani și are probleme tot mai mari cu vederea. Și-a schimbat de mai multe ori ochelarii, dar vede tot ca prin ceață. Mai mult decât atât, este foarte sensibil la lumină, noaptea nu vede aproape deloc și, adesea, vede dublu obiectele din jurul lui. El locuiește în Tg. Neamț și, la insistențele mele, a fost la un consult oftalmologic. Mama spune că medicul care l-a consultat i-a spus că are cataractă la ambii ochi, ochiul stâng fiind mai puțin afectat. Aș vrea să știu ce avem de făcut în continuare dar, mai ales, dacă este absolut necesar să fac operație la ochi sau poate face doar un tratament cu medicamente.*

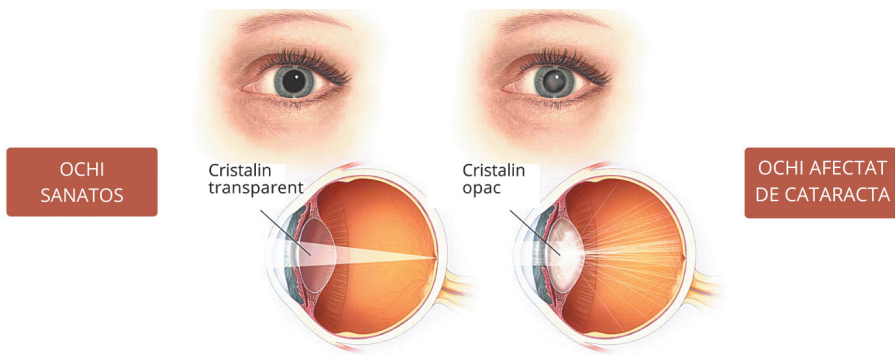
Șef lucrări Dr. Ciprian Danilescu, medic primar oftalmolog, șef Clinică Oftalmologie, Spitalul Clinic de Urgențe "Prof. Dr. N. Iași: "Cataracta legată de vârstă este opacifierea treptată a cristalinului, o lentilă naturală care există în interiorul ochiului nostru. Se manifestă prin scăderea lentă a vederii, "pe nesimțite", de-a lungul lunilor sau anilor (o scădere bruscă de vedere nu denotă cataractă și ar trebui să fie investigată imediat, așa cum am mai scris aici!).

Un alt simptom tipic este modificarea dioptriilor, uneori chiar la fiecare câteva luni, adesea în direcția unei miopii (cred că aceasta este explicația frazei pe care o auzim adesea: „bunicul citea fără să aibă nevoie de ochelari”) - doar că după această ameliorare paradoxală a vederii opacifierea va continua și vederea va scădea tot mai tare, atât la distanță cât și la aproape. Dacă se amână mult prezențarea la doctor, vederea va ajunge la nivelul de "lumini și umbre", ceea ce noi numim cataractă matură.

Cataracta la debut este adesea mai deranjantă în anumite condiții de lumină (farurile mașinilor din față, zilele cu soare puternic). Rareori apare diplopie monoculară, atunci când persoana vede imaginea dublată (chiar dacă privește cu un singur ochi). Anumite suplimente alimentare sau picături ar putea fi eventual prescrise de oftalmolog în încercarea de a frâna evoluția cataractei, dar în nici un caz nu vor îmbunătăți situația existentă. De vreme ce s-a diagnosticat o cataractă la ambii ochi (și nu „tulburări ale transparenței”, care pentru noi înseamnă opacități minime, insignifiante) înseamnă că se recomandă intervenția chirurgicală.



Oblu"



Există tendința de a gândi: "poate merge și așa, mai amân, mai văd eu" - dar cataracta cu siguranță se va accentua în timp, iar forma avansată numită «matură» e mai dificil de operat, cu o perioadă mai lungă de refacere postoperatorie.

Asistăm de multe ori -și ne bucură mult- la schimbarea majoră pe care o aduce operația de cataractă în a ameliora calitatea vieții.

As vrea acum să profit de spațiul acordat de Ziarul de Iași pentru a răspunde la unele întrebări pe care le întâlnim foarte des:

Cataracta se moștenește? Pe scurt, nu. Mai degrabă este realist să spunem că toți vom face cataractă, diferă doar vârsta (uneori chiar înainte de 60 ani, dar după 80 de ani frecvența este foarte mare). Rare cazuri care apar la copii sau tineri pot avea legături cu afecțiuni genetice. Există și cataracte secundare altor boli oculare sau generale, dar nu fac obiectul discuției de aici.

Se operează cu laser? Operația standard în toată lumea, numită facemulsificarea, se face cu ajutorul unei sonde cu ultrasunete, care se introduce printr-o incizie de aproximativ 2 mm, foarte bine tolerată de către ochi. Există și tehnologii mai sofisticate (și mai costisitoare) care utilizează lasere speciale pentru anumite momente ale operației și ultrasunete în alte momente.

Operația doare? Clasic este suficientă o injecție de anestezic lângă ochi. Chirurgii foarte experimentați aleg adesea să opereze doar cu anestezie bazată pe picături instilate în ochi. Anestezia generală e o excepție. Durerea postoperatorie este de regulă redusă și se ameliorează cu analgezice obișnuite.

Care e cel mai bun implant? Implantul de cristalin este o lentilă artificială, produsă industrial după standarde foarte stricte, care se introduce în locul cristalinului natural. Preoperator se fac multe măsurători și calcule pentru a

alege cel mai bun cristalin pentru ochiul respectiv, deci nu există o soluție valabilă pentru toată lumea. De regulă se dorește obținerea unei vederi bune la distanță (televizor, condus mașina) fără ochelari sau cu un ochelar cât mai mic. Apoi se prescriu ochelari necesari pentru vederea de aproape (carte, telefon mobil, calculator).

Pentru persoanele care își doresc să nu mai poarte deloc ochelari după operație, implanturile multifocale, mai scumpe și care necesită o chirurgie perfectă, obțin la majoritatea pacienților o vedere satisfăcătoare atât la distanță cât și la aproape.

Care sunt riscurile operației? Operația de cataractă e considerată una din cele mai de succes din toată medicina, aproape toți pacienții sunt vindecați postoperator, dar există și o listă de complicații posibile, care pot îngreuna evoluția postoperatorie. În general ele sunt tratabile. Cele cu adevărat grave sunt și foarte rare (accidentul vascular intraocular sau infecția severă intraoculară - cam 1 la mie, dezlipirea de retină, edemul cornean cronic - câteva procente etc). Chiar și în aceste cazuri se intervine prompt și adesea se poate ameliora rezultatul final. Este unanim considerat că beneficiile pe care le oferă operația contrabalansează cu mult aceste riscuri posibile.

Cataracta recidivează? Câteva procente din pacienții operați vor dezvolta în timp o opacitate în spatele cristalinului artificial, care se numea în trecut „cataractă secundară”, de unde și această întrebare frecventă. De fapt, opacifierea capsulei posterioare (denumirea actuală) în general nu necesită reoperație, ci se rezolvă printr-o procedură laser în cabinetul de consultații, în câteva minute.

Vă sfătuiesc, deci, să efectuați operația și vă asigur că toți colegii noștri, chirurgii oftalmologi, fac eforturi permanente pentru a avea cele mai bune rezultate în fiecare caz în parte".

Fumătorii au structura oaselor modificată

Se știe că fumatul crește riscul anumitor tipuri de cancer, precum și riscul de AVC (accident vascular cerebral) și boli de inimă. În ceea ce privește afecțiunile osoase, fumatul poate provoca o densitate osoasă scăzută (osteoporoză), un risc crescut de fracturi și parodontită. Recent, cercetătorii au descoperit că tutunul rămâne în oasele fumătorilor timp de secole după moarte.

Oameni de știință de la Universitatea din Leicester au identificat diferențe vizibile în compoziția oaselor între cei care consumă și cei care nu consumă tutun.

Un nou studiu, aflat în desfășurare, și-a propus să stabilească modul în care apar aceste diferențe, și ar putea contribui la înțelegerea motivului pentru care consumul de tutun este un factor de risc pentru unele afecțiuni musculo-scheletice și dentare.

Analizând rămășițele scheletice umane datând din secolul al XII-lea, cercetătorii au descoperit că tutunul lasă o amprentă metabolică în osul cortical uman (țesutul dens care alcătuiește stralul exterior al oaselor și asigură rezistența oaselor) care este încă identificabilă după perioade lungi de timp post-mortem.

Prin identificarea diferențelor dintre consumatorii de tutun și non-consumatorii de tutun din trecut, cercetătorii speră să poată înțelege mai multe despre bolile asociate consumului de tutun.

Tutunul a fost introdus în Europa de Vest în secolul al XVI-lea. Deși studiile clinice moderne au demonstrat în mod concludent impactul dăunător al consumului de tutun asupra sănătății umane, cercetători de la Universitatea din Leicester încearcă să înțeleagă mai bine modul în care tutunul a influențat sănătatea populațiilor din trecut.

Prin studierea diferențelor din osul cortical uman, experții pot extinde numărul de indivizi analizați pentru a înțelege mai bine impactul istoric al consumului de tutun asupra sănătății umane.

Ca parte a cercetării, au fost analizate în total 323 de persoane. Acestea au inclus 177 de persoane adulte din cimiti-

rul Grădina St James's din Euston, Londra, datând din secolele XVIII-XIX.

De asemenea, au fost incluse 146 de persoane din cimitirul unei biserici rurale din Barton-upon-Humber, Lincolnshire. Rămășițele de aici i-au inclus pe cei care au trăit înainte de introducerea tutunului în Europa (1150-1500 d.Hr.) și pe cei care au trăit după (1500-1855 d.Hr.).

Analizând rămășițele scheletice umane de dinainte de introducerea tutunului în Europa de Vest, cercetătorii au identificat în mod clar modificările osoase la vest-europeni de la introducerea tutunului.

Ei au analizat compoziția moleculară a oaselor și au descoperit 45 de caracteristici moleculare distincte care erau diferite în oasele fumătorilor și cele ale nefumătorilor.

Consumul de tutun lasă o amprentă metabolică în oasele umane suficient de distinctă pentru a identifica utilizarea acestuia la persoanele cu consum de tutun necunoscut, afirmă autorii în studiu.



Ei subliniază că „rămășițele arheologice ale scheletului uman” pot oferi „dovezi directe” pentru a studia „condițiile patologice și de sănătate din trecut, inclusiv bolile asociate cu consumul de tutun”.

„Cercetarea noastră arată că există diferențe semnificative între caracteristicile moleculare conținute în oasele foștilor consumatori de tutun și cele ale nefumătorilor. Acest lucru arată că putem vedea impactul pe care consumul de tutun îl are asupra structurii scheletului uman”, a declarat **dr. Sarah Inskip** de la Universitatea din Leicester, care conduce cercetările în curs de desfășurare.

Cercetarea a fost efectuată de Centrul de cercetare a cancerului din Leicester și Leicester van Geest MultiOmics Facility, Școala de arheologie și istorie antică, toate cu sediul la Universitatea din Leicester, și face parte din proiectul Tobacco, Health & History (tutunul, sănătate și istorie) condus de dr. Sarah Inskip.

Rezultatele cercetării au fost publicate în revista Science Advances.

Estrogenii pot potența anumite forme de cancer

Este cunoscut faptul că estrogenii, hormonii sexuali feminini care îndeplinesc numeroase funcții importante în organism, favorizează creșterea tumorilor în celulele cancerului de sân care poartă receptorii acestora, însă un nou studiu, realizat de cercetătorii de la Institutul american de cancer Duke, a descoperit în mod neașteptat că estrogenii joacă un rol în alimentarea creșterii cancerelor de sân fără receptori, precum și a numeroase alte tipuri de cancer.

În numărul din 27 septembrie al revistei Science Advances, cercetătorii descriu modul în care estrogenii nu numai că diminuează capacitatea sistemului imunitar de a ataca tumorile, dar reduc, de asemenea, eficacitatea imunoterapiilor utilizate pentru tratarea multor tipuri de cancer, în special a cancerului de sân triplu negativ.

Cancerule de sân triplu negativ sunt o formă agresivă de boală care sunt negative pentru estrogen, progesteron și proteinele receptorului HER2

Informații de analiza retrospectivă a datelor pacienților și de experimentele pe șoareci, cercetătorii au descoperit că medicamentele anti-estrogen inversează efectele estrogenilor, redând potența imunoterapiilor.

„Tratamentul pentru cancerul de sân triplu-negativ a fost mult îmbunătățit odată cu apariția imunoterapiei”, a declarat autorul principal **Donald McDonnell**, profesor la departamentele de Medicină, Farmacologie și Biologie a Cancerului și Biologie Celulară la Facultatea de Medicină a Universității Duke.

Dezvoltarea unor modalități de creștere a activității anti-cancer a imunoterapiilor este un obiectiv principal al recentului studiu.

„Am găsit o modalitate simplă de a consolida eficacitatea imunoterapiei pentru acest tip de cancer de sân, iar beneficiul a fost observat chiar și în alte tipuri de cancer, inclusiv melanomul și cancerul de colon”, a precizat prof. McDonnell.

Echipa de la Duke s-a concentrat pe un tip de celule albe din sânge numite eozinofile, care sunt de obicei activate în



timpul reacțiilor alergice și al bolilor inflamatorii.

Eozinofilele au fost recent identificate ca fiind importante în tumori, iar un fenomen numit eozinofilia tisulară asociată tumorii (TATE), este asociat cu rezultate mai bune în rândul pacienților cu mai multe tipuri de cancer, inclusiv cancerul de colon, esofagian, gastric, oral, melanom și ficat.

În studiile lor, echipa Duke a descris modul în care estrogenii scad numărul de eozinofile și TATE la șoareci.

Hormonul contribuie la creșterea tumorală în cancerul de sân cu receptor de estrogen negativ și în tumorile de melanom, care nu se bazează pe receptori de estrogen pentru creșterea tumorală.

În schimb, terapiile anti-estrogen au inhibat semnalizarea receptorilor de estrogen și au sporit eficacitatea imunoterapiilor, încetinind creșterea tumorală.

„Aceste constatări evidențiază importanța semnalizării receptorilor de estrogen ca reglatori ai biologiei eozinofilelor și TATE și evidențiază potențiala aplicare clinică pe termen scurt a medicamentelor anti-estrogen pentru a crește beneficiile imunoterapiilor în mai multe tipuri de tumori”, a precizat prof. McDonnell.

În continuare, echipa plănuiește studii clinice cu un medicament anti-estrogen experimental numit lasofoxifen în rândul pacienților cu cancer de sân triplu-negativ.

Cancerul de colon este cel mai frecvent diagnosticat însă în fază incipientă poate fi vindecat

Dana Apostol, Bacău: Soțul meu are 63 de ani și, în urma unui control medical, i s-au depistat doi polipi de dimensiuni mici în zona colonului. Nu îl doare, dar medicul care l-a consultat ne-a spus că acești polipi ar trebui îndepărtați sau supravegheați, existând, teoretic, riscul de a face, în timp, cancer de colon. Ne-am dori să mai aflăm o părere, mai ales dacă este absolut necesar să se opereze.

Dr. Mihai Lucian Zabara, medic primar chirurg, Clinica a II-a Chirurgie, Spitalul Clinic de Urgențe "Sf. Spiridon", Iași: "Soțul dumneavoastră este norocos că cei doi polipi au fost depistați când ei sunt benigni. Este adevărat, polipii pot fi de mici dimensiuni și, dacă produc simptome, acestea sunt minore. Din acest motiv, se recomandă teste de screening, inclusiv identificarea și îndepărtarea polipilor înainte de a deveni tumori cu potențial malign. Sfatul meu este să țineți legătura cu medicul curant, sau puteți solicita în alte clinici de profil o a doua opinie, dar să respectați recomandarea făcută, pentru că, mai târziu, pot să apară complicații mai greu de gestionat.



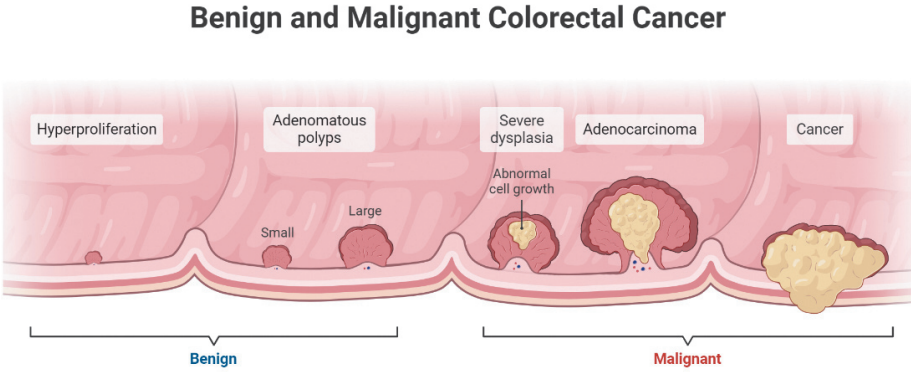
Cancerul de colon este un tip de cancer al cărui punct de plecare este la nivelul colonului, un segment important al tractului digestiv. Deseori este folosit termenul de cancer colorectal, care include cancerul colonului și al rectului. Din păcate, cancerul colorectal este cel mai frecvent tip de cancer diagnosticat în România și o cauză importantă de mortalitate, din cauza diagnosticării tardive.

În general, cancerul de colon afectează mai ales adulții de vârstă mai înaintată, deși boala poate surveni la orice vârstă. Inițial, afecțiunea se manifestă ca un polip mic sau mai mulți, necanceroși (benigni) pe peretele interior al colonului. În timp, o parte dintre acești polipi pot deveni cancere de colon.

Pentru majoritatea cancerelor de colon, nu se poate preciza o etiologie exactă, fiind incriminate mutațiile ADN care au loc la nivelul celulelor din peretele colonului sau rectului. Din cauza acestor mutații, celulele vor avea un comportament anormal și se vor multiplica necontrolat. Pe măsură ce aceste celule modificate genetic se înmulțesc, se dezvoltă formațiunea tumorală.

În timp, creșterea numărului de celule maligne va avea o amploare suficient de mare încât să ducă la distrugerea țesutului sănătos de vecinătate, prin invazie. De asemenea, celulele cu mutații pot migra prin sânge și pe cale limfatică, către alte regiuni ale corpului, unde pot duce la formarea de metastaze.

Printre factorii de risc în cancerul de colon și rect se numără: vârsta înaintată; antecedentele de cancer colorectal, de polipi colonici, polipi rectali și anali sau alte tumori colorectale benigne; bolile inflamatorii intestinale (boala Crohn și colita ulcerativă); sindroamele ereditare - polipoză adenomatoasă familială, sindrom Lynch/cancer colorectal nonpolipozic ereditar (în acest caz, este recomandat un consult de genetică medicală); istoricul familial de cancer colorectal; regimul alimentar bogat în grăsimi și sărac în fibre; sedentarismul;



diabetul zaharat; obezitatea; fumatul; consumul de alcool.

Tumorile localizate la nivelul colonului drept (colonul ascendent) sunt de cele mai multe ori asimptomatice, dar pot să apară unele simptome, precum: anemie secundară semnificativă, consecință sângerărilor cronice în cantități mici; dureri abdominale difuze; balonare; scădere în greutate; oboseală; tulburări de tranzit intestinal.

Tumorile localizate la nivelul colonului stâng (descendent și sigmoid) sunt mai frecvente, iar printre simptomele resimțite de pacient se numără: rectorații (prezența sângelui în materiile fecale); meteorism accentuat; tranzit intestinal alterat (scaune diareice multiple, pe o perioadă mai lungă de timp, constipație prelungită, sau alternanță diaree/constipație).

Pentru prevenirea cancerului de colon există programe de screening, cu o deosebită importanță în depistarea timpurie a polipilor colonici sau a cancerelor colorectale în stadiu incipient, astfel crescând semnificativ șansele de vindecare. Screeningul pentru cancerul de colon este recomandat persoanelor cu vârsta peste 50 de ani, dar poate fi realizat și mai devreme, dacă există factori de risc - istoric familial de cancer sau de polipoză adenomatoasă familială.

În vederea stabilirii diagnosticului de certitudine al cancerului colorectal, sunt necesare o serie de investigații clinice și paraclinice recomandate de medicul gastroenterolog. Primul pas este examenul clinic, tumorile de colon ascendent fiind uneori palpabile la nivelul flancului drept sau la nivelul fosei iliac drepte. De asemenea, tușeul rectal este deosebit de important în cazul tumorilor jos situate, la nivelul rectului, precum și în identificarea eventualelor stigmat de sângerare.

Colonoscopia rămâne standardul de aur în diagnosticul cancerului de colon și cancerului de rect, prin intermediul acestei proceduri fiind recoltate și biopsii din formațiunea tumorală, astfel realizându-se evaluarea histopatologică a tumorii. Colonoscopia este recomandată și pentru screening, în lipsa oricăror semne și simptome, după vârsta de 50 de ani sau mai devreme, dacă există factori de risc pentru cancer colorectal. În anumite situații, colonoscopia tradițională poate fi înlocuită de examinare prin colono-CT - colonoscopie virtuală, realizată cu ajutorul unui computer tomograf.

Analizele de sânge utile în diagnosticul cancerului colorectal includ: hemograma, care decelează anemia feriprivă, secundară sângerării de la nivelul tumoral; evaluarea funcției hepatice; evalua-

rea funcției renale (uree, creatinină); markeri tumorali - CEA (antigenul carcinoembrionar) oferă informații valoroase despre prognosticul bolii și răspunsul la tratament.

Fiind o boală multisistemică, cancerul colorectal poate metastaza la distanță, cel mai adesea metastaze hepatice, dar și la nivelul plămânului și al sistemului osos. Extensia tumorală poate fi evaluată prin CT (la nivelul toracelui, abdomenului și pelvisului), RMN de pelvis (evaluează la nivelul pelvisului extensia leziunii rectale locoregional), scintigrafie sau PET-CT.

Stadializarea inițială a cancerului colorectal se realizează cu ajutorul clasificării TNM (tumoră primară, prezența/absența ganglionilor și prezența/absența metastazelor la distanță). Printre metastazele care pot să apară în urma unui cancer colorectal extins se numără și metastazele peritoneale.

Tratamentul cancerului colorectal include intervenție chirurgicală, urmată sau precedată de radioterapie și chimioterapie, în funcție de stadiul bolii, afecțiunile asociate și vârsta pacientului.

În stadiul incipient intervenția chirurgicală se poate realiza prin metode minim invazive sau prin intervenție chirurgicală clasică (deschis).

Tipurile de intervenții chirurgicale se decid în funcție de localizarea tumorală. Odată cu noile generații de roboți chirurgicali (modelul da Vinci Xi), au fost realizate din ce în ce mai multe rezecții colorectale robotice, chirurgia robotică având rezultate pe termen scurt superioare intervențiilor clasice și cu o recuperare post-operatorie mai rapidă.

De asemenea, tratamentul chirurgical poate avea și rol de rezolvare a unei complicații provocate de prezența tumorii (ocluzie intestinală, durere severă, sângerare masivă), care are caracter de urgență majoră.

După intervenția chirurgicală, în funcție de fiecare situație în parte, medicii oncologi pot recomanda chimioterapie, radioterapie, terapie țintită sau imunoterapie, atât în scop curativ cât și pentru a preveni reapariția celulelor cancerigene.

Riscul de apariție a cancerului colorectal poate fi redus prin câteva măsuri simple, legate de stilul de viață: dietă bogată în fructe, legume și cereale integrale; consum redus de alcool; renunțarea la fumat; activitate fizică regulată; menținerea unei greutăți corporale optime și nu în ultimul rând, după vârsta de 50 de ani să se facă investigațiile recomandate în screeningul pentru cancerul colorectal".

Chiar și o scurtă sesiune ocazională de exerciții fizice poate reduce factorii de risc ai diabetului

Exercițiile fizice sunt recunoscute clinic pentru îmbunătățirea metabolismului glucozei și a sensibilității la insulină, factori critici în prevenirea diabetului zaharat de tip 2. În timp ce multe cerțări se concentrează, de obicei, pe efectele pe termen lung ale activității fizice regulate, un studiu recent a examinat impactul imediat al unei singure sesiuni de exerciții aerobice asupra nivelului de glucoză.

O singură sesiune de exerciții aerobice de 30 de minute a redus semnificativ nivelurile de glucoză plasmatică după o oră și a îmbunătățit sensibilitatea la insulină la adulții tineri și sănătoși, au constatat cercetătorii de la Centrul pentru Boli Endocrine și Metabolice din Italia.

Participanții au prezentat îmbunătățiri ale metabolismului glucozei după o singură sesiune de activitate fizică, indicând beneficii potențiale în gestionarea și prevenirea diabetului zaharat de tip 2.

Într-un studiu, publicat în Journal of Endocrinological Investigation, cercetătorii au testat efectele unei singure sesiuni de exerciții aerobice de 30 de minute asupra metabolismului glucozei la adulții tineri sănătoși.

Ei au folosit un test de glucoză post-încărcare de o oră, deoarece studiile anterioare au arătat că acesta este un predictor puternic al riscului viitor de diabet.

Un total de 32 de participanți, cu vârste cuprinse între 20 și 35 de ani, au fost recrutați pentru studiu. Niciunul dintre aceștia nu avea antecedente de diabet sau de participare la competiții sportive și niciunul nu lua medicamente. Toți au fost supuși unui test oral de toleranță la



glucoză (OGTT) la momentul inițial, urmat de o sesiune de jogging ușor.

Un al doilea OGTT a fost administrat la 24 de ore după exerciții pentru a evalua modificările glucozei la post, glucoza post-încărcare la o oră și nivelurile de insulină. Sensibilitatea la insulină a fost, de asemenea, evaluată utilizând indici surrogat, cum ar fi indicii Matsuda și QUICKI.

Nivelurile de glucoză la post au scăzut de la 82,8 mg/dl la 78,5 mg/dl, iar glucoza la o oră după încărcare a scăzut de la 122,8 mg/dl la 111,8 mg/dl după exerciții.

Nivelurile de insulină la o oră au scăzut, de asemenea, semnificativ de la 57,4

μUI/ml la 43,5 μUI/ml. Sensibilitatea la insulină s-a îmbunătățit, după cum indică creșterea indicelui Matsuda de la 7,79 la 9,02 și a indicelui QUICKI de la 0,36 la 0,38. Indicele HOMA-IR, o măsură a rezistenței la insulină, a scăzut de la 1,51 la 1,28.

Aceste efecte pozitive asupra metabolismului glucozei și sensibilității la insulină, la doar 24 de ore după o singură sesiune de exerciții fizice, sugerează că și activitatea fizică ocazională ar putea contribui semnificativ la reducerea riscului de diabet zaharat de tip 2 prin îmbunătățiri imediate ale controlului glucozei.

Un simplu test de salivă ar putea estima cu exactitate riscul de deces al unei persoane

Un test rapid de salivă ar putea, în viitor, să ne dezvăluie cât timp mai avem de trăit. Cercetătorii au descoperit că un test ADN conceput inițial pentru a măsura îmbătrânirea biologică din celulele din cavitatea bucală poate estima cu exactitate riscul de mortalitate. Descoperirile sugerează că există markeri biologici comuni ai îmbătrânirii în diferite țesuturi din organism, ceea ce ar putea deschide noi căi de evaluare a riscurilor pentru sănătate și de dezvoltare a intervențiilor anti-îmbătrânire.

Genele umane conțin instrucțiunile pentru construirea și întreținerea organismului, dar modul în care aceste gene sunt citite și exprimate se poate schimba în timp. Una dintre modalitățile prin care acest lucru se întâmplă este un proces numit metilarea ADN-ului, în care mici etichete chimice se leagă de ADN. Aceste etichete acționează ca niște întrepunătoare, activând sau dezactivând genele.

O companie americană de biotehnologie din New York a dezvoltat un ceas epigenetic („ceas al îmbătrânirii”) de a doua generație, numit CheekAge, despre care afirmă că este capabil să determine cu precizie vârsta biologică (vârsta celulelor și a țesuturilor unei persoane - poate fi diferită de vârsta cronologică) a unei persoane pe baza analizei genetice a unor celule colectate din cavitatea bucală.

Majoritatea ceasurilor epigenetice anterioare se bazează pe probe de sânge, ceea ce le face mai puțin practice pentru utilizarea pe scară largă. Noul test este neinvaziv și captează modelele de metilare legate de îmbătrânire și durata de viață.

Într-un studiu recent, efectuat pe mai mult de 1.500 de persoane, testul a arătat o creștere cu 21% a riscului de mortalitate pentru fiecare deviație standard în plus a predicției vârstei ceasului.

Acest nou instrument ar putea oferi o modalitate simplă și eficientă de monitorizare a îmbătrânirii și ar putea contribui la depistarea bolilor legate de vârstă.

Nu toți îmbătrânim în același ritm, dar, în timp ce unii supercentenari pot îmbătrâni extrem de lent datorită faptului că au câștigat la „loteria genelor”, se știe că o multitudine de factori comportamentali și de stil de viață accelerează îmbătrânirea, inclusiv stresul, somnul insuficient, alimentația deficitară, fumatul și alcoolul.

Întrucât astfel de efecte de mediu se imprimă în genomul uman sub formă de mărci epigenetice, este posibil să se cuantifice îmbătrânirea moleculară prin caracterizarea epigenomului în zonele genomice de prognostic.

În ultimul deceniu, oamenii de știință au dezvoltat mai multe astfel de „ceasuri epigenetice”, calibrate în funcție de vârsta cronologică și de diverși factori ai stilului de viață pe un număr mare de persoane.

Cele mai multe dintre acestea s-au axat pe metilarea ADN-ului din celulele sanguine, ceea ce face ca recoltarea de probe să fie costisitoare și stresantă pentru pacient.



La începutul acestui an, oameni de știință din Statele Unite au dezvoltat un ceas de a doua generație, care se bazează pe date de metilare în celule ușor de colectat din interiorul obrazilor.

Acum, într-un studiu publicat în revista Frontiers in Aging, echipa a demonstrat pentru prima dată că CheekAge poate estima cu exactitate riscul de mortalitate - chiar dacă datele epigenetice dintr-un alt țesut sunt utilizate ca intrare.

„De asemenea, demonstrăm că site-urile specifice de metilare sunt deosebit de importante pentru această corelație, dezvăluind legături potențiale între gene și procese specifice și mortalitatea umană capturată de ceasul nostru”, a declarat dr. Maxim Shokhirev, primul autor al studiului și șeful Departamentului de Biologie Computațională și Știința Datelor la compania Tally Health din New York, într-un comunicat.

CheekAge a fost dezvoltat sau „antrenat” prin corelarea fracțiunii de metilare la aproximativ 200.000 de site-uri cu un scor general pentru sănătate și stil de viață, reflectând presupusele diferențe în îmbătrânirea fiziologică.

Ceasul biologic ticăie

În recentul studiu, echipa a utilizat programarea statistică pentru a vedea cât de bine a estimat mortalitatea din orice cauză la 1.513 femei și bărbați, născuți în 1921 și 1936 și urmăriți de-a lungul vieții prin programul Cohortele de naștere Lothian (LBC) al Universității din Edinburgh.

Unul dintre obiectivele LBC a fost de a lega diferențele în îmbătrânirea cognitivă de stilul de viață și factorii psihosociali și de datele biomedicale, genetice, epigenetice și de imagistică cerebrală. La fiecare trei ani, voluntarilor li s-a măsurat „metilomul” în celulele sanguine la aproximativ 450.000 de locuri de metilare a ADN-ului.

Ultimul punct de timp de metilare disponibil a fost utilizat împreună cu statutul de mortalitate pentru a calcula CheekAge și asocierea sa cu riscul de mortalitate. Datele privind mortalitatea

au fost obținute din Registrul Național de Sănătate din Scoția.

„Rezultatele noastre arată că CheekAge este asociat semnificativ cu mortalitatea într-un set de date longitudinal și depășește ceasurile de primă generație antrenate pe seturi de date care conțin informații despre sânge”, au concluzionat autorii.

Mai exact, pentru fiecare creștere cu o singură abatere standard în CheekAge, raportul de risc al mortalității din toate cauzele a crescut cu 21%. Aceasta înseamnă că CheekAge este puternic asociat cu riscul de mortalitate la adulții în vârstă.

„Faptul că ceasul nostru epigenetic antrenat pe celulele din cavitatea bucală (obraz) estimează mortalitatea atunci când se măsoară metilomul în celulele sanguine sugerează că există semnale comune de mortalitate între țesuturi”, a precizat dr. Shokhirev.

„Acest lucru implică faptul că un test de salivă simplu și neinvaziv poate fi o alternativă valoroasă pentru studierea și urmărirea biologiei îmbătrânirii”.

Cei mai puternici predictorii

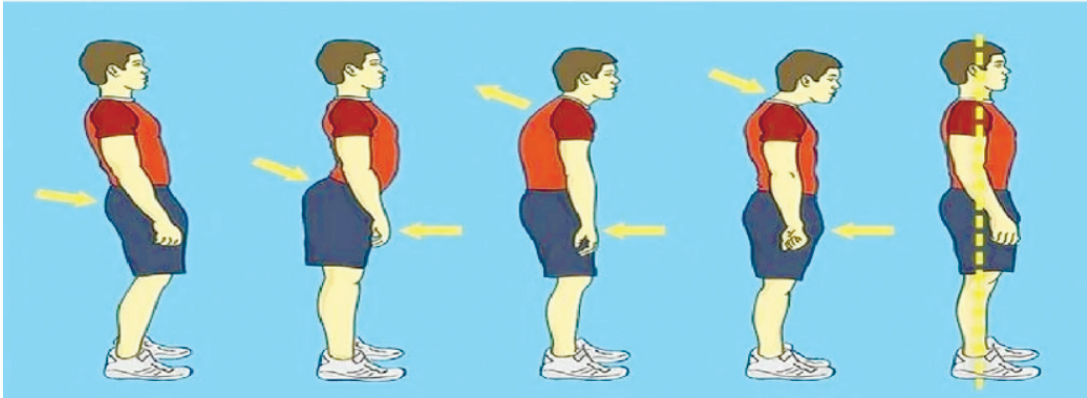
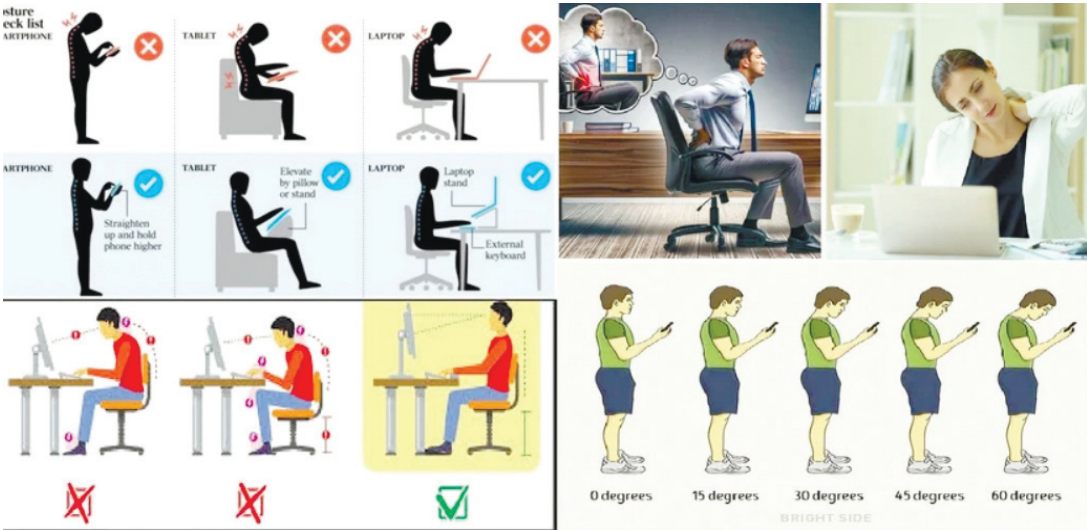
Cercetătorii au analizat în detaliu acele situri de metilare care au fost cel mai puternic asociate cu mortalitatea. Genele situate în jurul sau în apropierea acestor situri sunt candidați potențiali pentru influențarea duratei de viață sau a riscului de boli legate de vârstă: de exemplu, gena PDZRN4, un posibil supresor de tumori, și ALPK2, o genă implicată în cancer și sănătatea inimii în modele animale. Alte gene care au ieșit în evidență au fost implicate anterior în dezvoltarea cancerului, osteoporozei, inflamației și sindromului metabolic.

„Ar fi intrigant să se determine dacă gene precum ALPK2 au un impact asupra duratei de viață sau a sănătății în modelele animale”, a menționat dr. Adiv Johnson, coautor al studiului și șeful Departamentului de Afaceri Științifice și Educație din cadrul Tally Health.



Cocoșați la birou sau pe smartphone. Cum să îți protejezi gâtul și spatele de efectele tehnologiei

● tehnologia a devenit parte esențială a vieții noastre de zi cu zi, însă poate provoca probleme grave de sănătate în timp ● iată cum le poți preveni!



Un studiu realizat înainte de pandemie indica faptul că românii petreceau mai mult de șapte ore pe zi în fața dispozitivelor. Cu patru ani în urmă, acest timp era de cinci ore și jumătate, evidențind o tendință ascendentă în expunerea la telefoane, tablete și computere. Nu este surprinzător că un studiu recent, citat de Adevărul.ro, a arătat că trei din 10 români consacră șapte ore doar utilizării telefonului, la care se adaugă și timpul petrecut pe laptopuri și alte dispozitive, în special în rândul celor care lucrează la birou. Studiul a subliniat, de asemenea, că timpul petrecut în fața ecranului crește exponențial pe rețelele de socializare. Această expunere prelungită la ecrane poate duce la probleme precum dureri de gât și de spate, oboseală oculară și dificultăți de concentrare. De asemenea, utilizarea excesivă a tehnologiei este asociată cu un risc crescut de anxietate și depresie, mai ales în rândul tinerilor.

În acest context, este esențial să ne reevaluăm obiceiurile zilnice și să căutăm metode de a reduce timpul petrecut în fața ecranelor, astfel încât să ne protejăm sănătatea mentală și fizică. Implementarea unor pauze regulate, activități fizice și interacțiuni sociale poate contribui la îmbunătățirea stării generale de bine.

O tânără jurnalistă din Marea Britanie a consultat o fizioterapeută pentru a înțelege ce probleme ar putea avea din cauza rigidității și tensiunii la nivelul gâtului, pe care le resimțea de ceva vreme. Cu această ocazie, a aflat că avea afecțiuni ale coloanei vertebrale mai severe decât își imagina. Specialistul a profitat de această întâlnire pentru a oferi o serie de recomandări celor care petrec mult prea mult timp, fie din plăcere, fie din obligație, în fața ecranelor.

Aplecarea capului poate adăuga 22 kg de presiune pe coloana vertebrală

Adoptarea unor poziții incorecte, precum aplecarea spre ecrane, contribuie la diverse probleme muscu-

lare și scheletice. Menținerea unei posturi corecte este esențială.

Studiile arată că aplecarea capului poate exercita o presiune semnificativă asupra coloanei vertebrale, crescând riscul de dureri cervicale.

Un studiu recent de la King's College London a arătat că o poziție dreaptă a capului exercită aproximativ cinci kilograme de presiune asupra coloanei. O aplecare ușoară poate duce la o greutate de 12 kilograme la un unghi de 15 grade și chiar 22 de kilograme la un unghi de 45 de grade. Specialiștii subliniază că acest efort exagerat asupra coloanei este comparabil cu menținerea unei mingi de bowling cu brațul întins timp de o oră.

Rigiditatea gâtului provocată de o postură incorectă: un efect greu de inversat

Nu este surprinzător că din ce în ce mai multe persoane cu vârsta peste 40 de ani solicită tratamente de injecții cu Botox pentru a scăpa de durerile de gât, în Marea Britanie. Specialiștii subliniază că mulți dintre aceștia au petrecut ani la rândul aplecați la birou sau în fața smartphone-urilor, neglijând să mențină o postură corectă. Adesea, aceste probleme își au originea în zona cervicală, în special la discur C7 al coloanei vertebrale, unde gâtul se întâlnește cu umerii. Mulți oameni pot observa o umflătură la ceafă, rezultată din presiunea exercitată de greutatea capului asupra acestor vertebre. Durerea care începe în gât poate iradia către coapse și solduri. Specialiștii avertizează că rigiditatea se dezvoltă la baza gâtului devine extrem de greu de inversat, mai ales dacă este cauzată de o postură necorespunzătoare, zi de zi. Aceasta poate duce la dificultăți în menținerea unei poziții drepte, cutia toracică poate coborî, reducând astfel capacitatea pulmonară. Riscurile includ hernia, sciatica și durerile severe.

Cum trebuie să ținem telefonul când stăm în pat

Problemele apar de dimineață, imediat ce ne trezim și oprim alar-

mele telefoanelor, care pentru mulți dintre noi au devenit o extensie a mâinii. Fie că ne relaxăm în pat pentru a ne pune la curent cu ultimele noutăți (dependența de social media), ducem telefonul cu noi în baie pentru a ne „asista” în timp ce ne spălăm pe dinți și pe față, sau ne îndreptăm spre bucătărie pentru a pregăti micul dejun, acest dispozitiv a devenit o constantă în viața de zi cu zi a multora. În astfel de situații, specialiștii recomandă evitarea utilizării telefonului în pat. „**Cel mai bine este să nu interacționezi cu telefonul până când nu ești ridicat din pat și pregătit**”, subliniază aceștia. Totuși, dacă nu se poate evita, este recomandat să stăm drept, să ne sprijinim spatele și să ținem cotul pe picior pentru a minimiza disconfortul.

Când suntem în mișcare, cel mai binear fi să lăsăm smartphone-ul în buzunar

Atunci când suntem în mișcare, cum ar fi în metrou sau în timp ce așteptăm autobuzul, este recomandat să ne lăsăm telefonul în buzunar, cu excepția cazului în care avem un loc confortabil unde să ne așezăm. Astfel, ne vom proteja gâtul și întregul corp, evitând să ne forțăm în timp ce ne concentrăm asupra ecranelor. În loc să ne aplecăm, este indicat să menținem gâtul într-o poziție naturală, cu bărbia ușor înclinată înainte.

La birou, este esențial să facem pauze la fiecare 40 de minute

Postura corpului greșită la birou este o problemă comună. Specialiștii o denumesc „**postura de crevet**” deoarece seamănă cu forma unui crustaceu. Mulți oameni stau „cocoșați”, cu gâtul în față și spatele drept, ceea ce poate duce la scurtarea mușchilor din partea frontală a corpului. De aceea, este crucial ca, atunci când stăm la birou, să avem coatele îndoite la 90 de grade și să ne sprijinim spatele de spătarul scaunului.

La fiecare 40 de minute, ar trebui să ne ridicăm și să ne

schimbăm poziția pentru a preveni rigiditatea musculară. Specialiștii recomandă și realizarea unor exerciții de întindere. Chiar și simplele gesturi, precum a ne ridica pentru a bea apă sau a ne pregăti o ceașcă de ceai sau cafea, pot fi de ajutor.

Alternați degetele pe tastatură și fiți atenți la postura de pe canapea

Crearea unui spațiu de lucru ergonomic acasă este esențială. Laptopul sau tableta ar trebui să fie plasate pe un suport, astfel încât să fie aproape la aceeași înălțime cu un monitor de birou, iar scaunul trebuie să fie confortabil și să ofere un suport adecvat. Dacă lucrăm de pe canapea, este important să ne sprijinim corect, altfel riscăm să ne confruntăm cu dureri de spate.

Folosirea constantă a degetului mare pentru a tasta poate crește riscul de artrită, atrag atenția specialiștii. De aceea, este indicat să alternăm mâinile și să implicăm și celelalte degete în procesul de tastare.

În timp ce suntem într-un apel telefonic, cel mai bine este să folosim căști wireless sau să ne așezăm confortabil, ținând telefonul la ureche.

Cum să contracarezi efectele tehnologiei: pauze, postură corectă și exerciții

Exercițiile fizice regulate, precum Pilates, reprezintă o soluție excelentă pentru a reduce durerile cauzate de orele petrecute în fața ecranelor. Aceste activități nu doar că îmbunătățesc flexibilitatea și tonusul muscular, dar contribuie și la relaxarea tensiunilor acumulate în zona gâtului și a umerilor.

În concluzie, menținerea unei posturi corecte, amenajarea unui spațiu de lucru ergonomic și efectuarea de pauze regulate sunt esențiale pentru a preveni efectele negative ale tehnologiei asupra sănătății. Implementarea acestor măsuri poate contribui la creșterea confortului fizic și la îmbunătățirea calității vieții în era digitală. ●

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 (include TVA)
Prețul unui abonament semestrial: 300 lei (include TVA)
Prețul unui abonament anual : 600 lei (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 Ziarul 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

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

Vizitează www.ziaruldeiasi.ro/editia-tipărită



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

Persoane Juridice

Prețuri și tipuri de abonament

Prețul unui abonament lunar: 50 lei/lună (include TVA)
Prețul unui abonament trimestrial: 150 lei (include TVA)
Prețul unui abonament semestrial: 300 lei (include TVA)
Prețul unui abonament anual: 600 lei (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: RO46BTRLRONCRT0676270801

Testele simple care indică vârsta reală a corpului. Care este legătura acestora cu masa musculară și cu echilibrul?

Testele simple care indică vârsta reală a corpului. Care e legătura cu masa musculară și echilibrul. Între data nașterii din cartea de identitate și vârsta concretă a trupului nu este mereu o legătură clară. Ne putem simți mai tineri sau mai bătrâni decât anii pe care-i avem.

Testele simple care indică vârsta reală a corpului. Un studiu recent privind puterea fizică și capacitatea de echilibru în raport cu îmbătrânirea a ajuns la concluzia că, din cauza deteriorării treptate a mușchilor, câteva teste simple pe care le puteți efectua acasă ar putea prezice cu exactitate vârsta corpului dumneavoastră. Având în vedere că zeci de milioane de adulți în vârstă au raportat că au căzut la un moment dat, în perioada 2020 - 2023, cercetarea acestor indicatori-cheie ai îmbătrânirii și a efectelor lor asupra echilibrului ar putea contribui la îmbunătățirea asistenței medicale pentru populațiile în vârstă.

O echipă de cercetători a efectuat studiul pe 40 de persoane cu vârsta de peste 50 de ani. Au fost evaluate forța de prindere a membrilor superioare și forța genunchilor membrilor inferioare, precum și sarcini care implicau poziții bilaterale (în picioare pe ambele picioare) cu ochii deschiși și închiși, mersul în picioare și poziții unilaterale (într-un picior), testând atât echilibrul piciorului dominant, cât și pe cel non-dominant. Aceștia au constatat că mersul nu pare să fie afectat în mod semnificativ de vârstă, în timp ce forța și echilibrul au fost afectate.

În ciuda diferențelor de sex prezente în testele de forță, testele de echilibru nu au arătat nicio tendință

legată de sexul participanților. În timp ce parametrii de forță păreau să fie mai puțin afectați de vârstă, capacitatea de echilibru a tuturor grupurilor a fost semnificativ diminuată, cele mai importante efecte ale vârstei fiind observate la capacitatea participanților de a sta într-un picior. Rezultatele arată că, în condițiile unui singur picior, durata echilibrului a scăzut cu o rată de 2,2 secunde pe decadă pe partea non-dominantă și de 1,7 secunde pe decadă pe partea dominantă, scrie IFL Science. În condițiile bilaterale, de stat pe ambele picioare, aceștia au constatat o

creștere a balansului posturii de 6,3 % pe decadă, cu ochii deschiși și de 10,4 %, pentru ochii închiși.

Deși dimensiunea eșantionului studiului este prea mică - cu parametri de vârstă relativ restrânși - pentru a trage concluzii definitive cu privire la rezultatele sale, acesta evidențiază modul în care deteriorarea musculară afectează funcțiile specifice ale corpului îmbătrânit. Iar aici intră în calcul sarcopenia, ce reprezintă acea condiție medicală caracterizată prin pierderea progresivă a masei și a funcției musculare, în special la persoanele în vârstă. Este un proces natural

de îmbătrânire, dar poate fi influențat și exacerbate de factori precum inactivitatea fizică, o alimentație inadecvată și boli cronice. Deși sarcopenia poate afecta și persoanele de vârstă mijlocie, aceasta este în general asociată cu deteriorarea masei musculare la adulții în vârstă, în special la cei cu boli cronice.

Se estimează că între 5 și 13 % dintre persoanele cu vârste cuprinse între 60 și 70 de ani sunt afectate de sarcopenie, iar aceasta poate contribui la riscul de căderi și fracturi. „**Sarcopenia este unul dintre cele mai devastatoare efecte ale îmbătrânirii, ducând la pierderea masei musculare, a forței și a funcției**”, au scris autorii studiului, potrivit sursei citate. „**Forța musculară adecvată, mersul eficient și echilibrul bun, care scad odată cu vârsta, contribuie în mod esențial la independență și calitatea vieții.**” ●

