MIERCURI, 27 NOIEMBRIE 2024, nr. 34

De Sănătate

UN PRODUS EDITORIAL PREMIUM, MARCA

ZIARUL De IAȘI
LIDERUL PRESEI IEȘENE

ZIARULDEIASI.RO

Poveștile medicilor rezidenți care au ales meseria lor de suflet. Cum depășesc birocrația și sacrificiile viitorii medici ai Iașului

Rezidențiatul a fost descris adesea de către tinerii care au ales să fie medici ca o zonă de „purgatoriu“, o treaptă de oprire de la finalizarea studiilor de medicină și până la începerea carierei în domeniu. Mai mulți ani a fost cu adevărat purgatoriu: rezidenții erau prost plătiți, folosiți pe roluri administrative, depindeau foarte mult de buna-voință a medicilor acolo unde reușeau să învețe și să se pregătească. Nu peste tot erau cele mai bune condiții pe linie didactică și practică. În ultimii ani însă rezidenții primesc o sumă considerabilă de bani lunar, cât să poată să se concentreze pe specializare, iar liniile de pregătire sunt mai atent monitorizate și aceștia sunt mai bine înglobați în actul medical. „Ziarul de Sănătate“ vă aduce astăzi în față povestea mai multor rezidenți din Iași, care au făcut sacrificii pentru a face meseria pe care și-o doresc. Ei analizează examenul de rezidențiat, dificultățile de pregătire, dificultățile din cadrul stagiului, dar și satisfacțiile identificării cele mai bune specializări pentru ei, în funcție de capacitatea lor de muncă și a oamenilor întâlniți acolo. Fie că vorbim de medicină de urgență, de psihiatrie, de medicină de familie sau de pediatrie, viitorii medici ai Iașului sunt decși: nu vor să plece și vor să devină cât mai buni aproape de casă.

Paginile **4-5, 8**

Aproape un sfert dintre medicii de familie din Iași au între 67 și 76 de ani. „Momentan avem suficienți medici“

Schimbările de la nivelul central al Colegiului Medicilor din România (CMR) nu au rezolvat peste noapte și problemele cu care se confruntă forul profesional. Valeria Herdea, președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a reluat în cadrul unei dezbateri online una dintre principalele teme de îngrijorare din sistem: peste 20% din medicii de familie din România în acest moment au peste 70 de ani, iar multe localități din zona rurală nu beneficiază de asistență medicală pentru că nu are cine să meargă acolo.

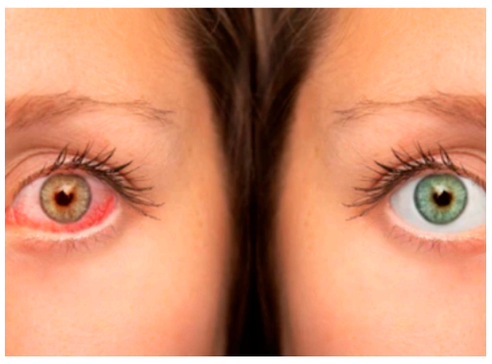
Pagina **3**

SFATUL MEDICULUI

Sindromul ochiului uscat poate fi ameliorat cu lacrimi artificiale

As. univ. dr. Anisia Iuliana Alexa, medic primar oftalmolog, Clinica de Oftalmologie, Spitalul Clinic de Urgențe „Sf. Spirifon“, Iași: „Sindromul de ochi uscat este o afecțiune care se întâlnește din ce în ce mai des în cazul tinerilor, dar și al celor care își petrec mare parte din zi privind concentrați la laptop, telefon, tabletă. Dacă în urmă cu mai mulți ani sindromul de ochi uscat era legat de înaintarea în vârstă, actualmente schimbarea stilului de viață și a condițiilor de lucru fac ca acestă patologie să debuteze la vârste din ce în ce mai fragede.“

Pagina **7**



Două simptome sugestive pentru cancerul colorectal

Amănunte în pagina 3

din Sumar

● **Cum s-a transformat „durerea croitoresei“ în „durerea IT-istului“: din ce în ce mai mulți tineri ajung la spital cu dureri de spate:** Pozițiile greșite pe scaun, pe care refuzăm să le îndreptăm și pe care le întreținem, adesea, și câteva 8-10 ore în aceeași zi, duc la probleme cu spatele care nu pot fi întotdeauna remediate cu ușurință. Dr. Bogdan Iliescu, neurochirurg, spune că în ultimii 10-15 ani a existat o creștere continuă a cazurilor de pacienți foarte tineri care vine cu dureri posturale, cu modificări ale curburii naturale a coloanei.

Pagina 2

● **După modificările legislative din ultimii ani, CNAS vine cu explicații: cum beneficiem gratuit de servicii de prevenție, depistare, confirmare și monitorizare a bolilor grave:** Casa Națională de Asigurări de Sănătate a făcut publice condițiile în care persoanele asigurate pot beneficia de servicii de prevenție, depistare, confirmare și monitorizare a bolilor grave.

Pagina 3

● **Medicii fără specializare care tratează minori în situații de urgență, scutiți de daune și prejudicii:** Modificarea legislativă vine însă cu o completare: doar dacă se întâmplă în situații când nu ar putea interveni un alt medic specialist și dacă acționează „cu bună-credință“

Pagina 2

● **Disputa la nivel național între fizioterapeuți și medicii specializați în recuperare. „Cum putem lăsa pacienții cu dizabilități pe mâna unui fizioterapeut cu 3 ani de studii?“:** Apel din partea Societății Române de Reabilitate Medicală făcut la nivelul întregii țări: pacienții cu dizabilități din România riscă să rămână fără acces la medicii specialiști de recuperare medicală.

Pagina 2

Cum s-a transformat „durerea croitoresei“ în „durerea IT-istului“: din ce în ce mai mulți tineri ajung la spital cu dureri de spate

Cătălin HOPULELE

Pozițiile greșite pe scaun, pe care refuzăm să le îndreptăm și pe care le întreținem, adesea, și câteva 8-10 ore în aceeași zi, duc la probleme cu spatele care nu pot fi întotdeauna remediate cu ușurință.

Dr. Bogdan Iliescu, neurochirurg, spune că în ultimii 10-15 ani a existat o creștere continuă a cazurilor de pacienți foarte tineri care vine cu dureri posturale, cu modificări ale curburii naturale a coloanei. Riscul este mare și repercusiunile simplu de anticipat: dureri, uneori grave, la nivelul spatelui, de la gât, cap, ceafă și până între omoplați.

„Coloana vertebrală are o poziție naturală, are acea «burtă» în față, care atunci când devine dreaptă își pierde resortul de funcționare normală și atunci apar durerile. Este o creștere mare a acestui număr de cazuri în ultimii ani, dar cel mai important este că vedem această creștere la tineri. Am multe domnișoare, care sunt înalte, cu gâtul lung și uneori mai firav, care resimt acele dureri posturale și vin la controale. Frecvent, sunt tinerii cu dureri interscapulare, între omoplați, care sunt șocați că nu au ce să facă pentru a rezolva problema imediat. Trebuie să își corecteze postura, să se miște, să facă kinetoterapie“, a explicat dr. Bogdan Iliescu.

Neurochirurgul spune că, pe vremuri, această dureri între omoplați se numea „durerea croitoresei“, pentru că femeile stăteau aplecate peste o masă de lucru foarte multe ore pe zi. Dar astăzi, medicul spune că poate fi numită cu ușurință „durerea IT-istului“ – sunt extrem de frecvente cazurile în care tinerii care se prezintă cu astfel de probleme lucrează în domeniul IT sau în alt job în care stau mai mult de 8 ore pe scaun și nu fac mișcarea necesară.

Și totul sub efectul bulgărelui de zăpadă, explică dr. Bogdan Iliescu: cum explorările imagistice sunt mult mai frecvente și ușor de făcut, tinerii apelează la ele de la primele simptome, iar acolo se găsesc mereu ***„unele semne de întrebare, că nimeni nu e perfect“,*** dar acest lucru duce la alte îngrijorări. Adesea, chiar la probleme psihologice, date de stres și de îngrijorare. Însă medicul spune că adesea aceste cazuri se rezolvă ușor, mai ales dacă sunt prinse într-un stadiu incipient.

„Durerile între omoplați nu sunt plăcute deloc, fiindcă orice deformare fizică a coloanei duce la durere în mod obligatoriu. Mușchii lucrează mai mult pentru a ține o poziție nenaturală și automat apar durerile care-s musculare, nu-s ososase, că oasele nu se deformează și nu se rup atât de ușor, sunt bine construite. Dar dacă exagerezi o perioadă foarte lungă de timp vezi hernii de disc la vârste destul de tinere. Alunecă vertebrele una peste alta și poți să vezi lucrurile astea“, a spus dr. Bogdan Iliescu.

Kinetoterapia poate face minuni în cazul durerilor, dar și ca prevenție

Dacă oasele nu sunt „puse la treabă“ cum trebuie, pe lângă gravitație își pierd și din rezistență. Apar tasări nu foarte grave la început, care nu sunt foarte mari, dar toate duc la spaime și la sperieturi, explică neurochirurgul. Pentru că un Computer Tomograf va scrie la diagnostic „factură de coloană“, chiar dacă e vorba de o tasare ce poate fi oprită la timp să degenereze.

„Nici nu se pune problema de intervenții chirurgicale la astfel de cazuri, dacă te apuci să le «șurubărești» coloana tinerilor de la vârsta de 20-30 de ani nu le va fi ușor toată viața. Va da dureri la schimbarea de vreme, de anotimp, ca orice cicatrice, dar aici vorbim de una pe coloană, care e ceva neplăcut și care va fi pusă constant la încercare. Nici măcar nu poți spune că somnul aduce repaus complet, pentru că tot există presiune și lucrează și atunci“, a punctat neurochirurgul.

Trăim o viață modernă, spune acesta, în care dacă stăm pe scaun „în neștire“ inducem asupra coloanei curburi nesănătoase și lucrurile se agravează încet-încet, adesea pe nesimțite. Faptul că lumea suferă se vede, a explicat dr. Bogdan Iliescu, și în multitudinea de kinetoterapeuți care există și a în faptul că sunt mereu foarte aglomerați și e greu să găsești un loc liber pentru o programare.

De altfel, și „Ziarul de Iași“ a scris în urmă cu două săptămâni de îngrijorarea celor care lucrează în domeniul IT că vor avea probleme cu spatele dacă nu se îngrijesc corespunzător. A fost organizat, în acest sens, un workshop la FabLab cu numele „Iar mă doare spatele“, susținut de Mircea Ardeleanu, kinetoterapeut, fondator și director general

al Arra Medical Center. Concluzia întâlnirii, în care le-au fost prezentate mai multe tehnici de întărire a musculaturii și exerciții celor prezenți, a fost că fizioterapie devine esențială și ca prevenție, nu doar atunci când descoperi că ai o problemă.

Și dr. Bogdan Iliescu spune că în aceste cazuri kinetoterapeuții pot face minuni – prin regimuri de gimnastică și de mișcare foarte eficiente nu doar că se elimină durerea, dar coloanele deformate pot fi aduse înapoi la forma lor anatomică.

Pacienți frecvenți: contabile și elevi care se pregătesc de bacalaureat

A doua categorie de pacienți care ajung cu astfel de probleme dintotdeauna la spital cu persoanele, în special femei, care lucrează în contabilitate. Și care au zile constante cu șapte-opt ore în care stau nemișcate deasupra registrelor, iar medicul spune că pacienții îi povestesc cum, la final de lună, când fac tot felul de încheieri contabile, stau și câte 12 ore. Medicul le recomandă să lucreze în schimburi în cadrul aceluiași birou – iar schimburile să presupună că, periodic, cineva trebuie să se ridice, să meargă, să facă și altfel de muncă.

„Le zic să își facă program ca la școală. Dacă a dat ghinionul peste cineva din birou să fie simptomatică, atunci ea să fie responsabilă, dintre colege, de plimbat hârtiile. Măcar va fi obligată să se ridice, să ia un dosar, să facă cafeaua. Asta este așa, la rezistență minimă, fiindcă un kinetoterapeut le va învăța să facă exercițiile necesare de tonifiere și contractare, inclusiv cum să stea pe scaun ca să reducă riscul de afectare a coloanei“, a completat dr. Bogdan Iliescu.

Medicul ne avertizează să avem grijă și la tot ce înseamnă marketing pe zona de scaunele așa-numite ergonomice, în care poți sta cât vrei că nu ți se întâmplă nimic. ***„Sunt basmele românilor“,*** crede neurochirurgul, explicând apoi că niciodată o bucată de burete mai tare sau la un unghi mai diferit, care să țină coloana mai aproape de poziția naturală, nu va ajuta pe termen mediu sau lung fără a exista pauze sau exerciții.

„Până la urmă vorbim de încărcarea axială, dar adevărul e că ne și place să ne mințim. Un kinetoterapeut competent va propune regimuri de gimnastică și de mișcare foarte eficiente, ca să nu ajungi la durere“, a conchis medicul.

O categorie aparte de pacienți, mai spune dr. Bogdan Iliescu, o reprezintă elevii. De regulă, înainte de bacalaureat, au un an în care stau foarte mult pe scaunele de la birou și ajung cu tot felul de probleme la spital. Dar cum coloana este încă tânără, nedeformată substanțial, sunt readuse la o formă anatomică cu ușurință. Important este, subliniază medicul, ca să nu devină apoi un stil de viață.

Medicii fără specializare care tratează minori în situații de urgență, scutiți de daune și prejudicii

- modificarea legislativă vine însă cu o completare: doar dacă se întâmplă în situații când nu ar putea interveni un alt medic specialist și dacă acționează „cu bună-credință“

Cătălin HOPULELE

O măsură a Ministerului Sănătății, aprobată printr-o ordonanță de urgență a Guvernului, a intrat în vigoare de săptămâna trecută și vizează domeniul pediatriei. Conform 360medical.ro și a documentelor consultate de „Ziarul de Iași“, legiuitorul a decis că acei medici care nu au specializare în pediatrie, dar sunt nevoiți, de context, să ofere asistență medicală în caz de urgență pacienților cu vârsta de sub 18 ani, vor fi „exonerați de eventuale daune și prejudicii produse în exercitarea profesiunii“. Există și o condiție în modificarea legislativă: această exonerare se produce doar atunci când medicii acționează „cu bună-credință“.

„Prin excepție (...), în situațiile de urgență care pun în pericol iminent viața pacientului cu vârsta de până la 18 ani atunci când serviciile medicale nu pot fi acordate de medici specialiști sau primari în specialități pediatrice, iar transferul acestuia (...) nu poate fi realizat în timp util, medicii specialiști în specialitățile corespondente specialităților pediatrice specifice patologiei pacientului nu sunt răspunzători pentru eventualele daune și prejudicii produse în exercitarea profesiunii, atunci când aceștia acționează cu bună-credință“, se menționează în documentul publicat în Monitorul Oficial săptămâna trecută, citat și de 360medical.ro.

Aceeași ordonanță clarifică și o problemă mai veche din sistem: pacienții care beneficiază de tratament pe secțiile de pediatrie, dar depășesc vârsta de 18 ani, vor putea să beneficieze în continuare de servicii medicale în spitalele ce tratează minori. Este vorba exclusiv de pacienții care au nevoie de sprijin pentru asigurarea continuității tratamentului care a început înainte de vârsta de 18 ani. Conform legii și a modificărilor aduse prin OUG 106/2024, aceștia pot beneficia de această continuare a tratamentului doar până la vârsta de 21 de ani.

Violența împotriva femeilor, marcată și condamnată publică la Iași

Direcția de Sănătate Publică Iași a atras atenția, în această săptămână, asupra importanței discutării în public despre fenomenul violenței în familiei, marcând luni, 25 noiembrie, ***„Ziua internațională pentru eliminarea violenței împotriva femeilor“***. Conform acestora, este o o oportunitate de a atrage atenția asupra violenței de gen și de a promova măsuri pentru prevenirea și combaterea acestui fenomen. Este o ocazie pentru guverne, organizații internaționale, societatea civilă și organizații nonguvernamentale de a crește gradul de conștientizare în rândul publicului despre impactul devastator al violenței asupra femeilor și despre necesitatea unor politici și intervenții eficiente.

Redăm în continuare mesajul transmis de către DSP Iași.

Violența împotriva femeilor este o problemă globală extrem de răspândită și cu efecte devastatoare asupra femeilor și societății, în ansamblu. Aceasta afectează grav sănătatea victimei la nivel fizic, emoțional și social, iar impactul său poate fi resimțit pe tot parcursul vieții. Poate afecta întregul sistem de viață al unei persoane, având un impact profund nu doar pe termen scurt, ci și pe termen lung. Violența sexuală poate duce la sarcini neintenționate, avorturi induse, probleme ginecologice și infecții cu transmitere sexuală, inclusiv HIV.

Violența domestică poate afecta și copiii martori la abuzuri. Aceștia pot dezvolta traume psihologice, tulburări de comportament și, mai târziu, pot deveni la rândul lor victime ale violenței sau pot perpetua comportamente abuzive în relațiile lor viitoare. Violența sexuală, în special în timpul copilăriei, poate duce la creșterea fumatului, la consumul de substanțe și la comportamente sexuale riscante. Toate formele de violență pot duce la depresie, stres post-traumatic și alte tulburări de anxietate, dificultăți de somn, tulburări de alimentație și tentative de sinucidere.

Violența împotriva femeilor are un impact semnificativ asupra sistemelor de sănătate, deoarece victimele necesită tratamente medicale continue, consiliere psihologică și adesea suport juridic. Costurile economice ale violenței sunt, de asemenea, mari, deoarece femeile care sunt victime ale violenței sunt mai puțin capabile să participe activ la viața profesională din cauza problemelor de sănătate și a absențelor de la locul de muncă.

1 din 3 femei au fost victime ale violenței fizice

La nivel global, aproximativ 1 din 3 femei din întreaga lume au fost supuse fie violenței fizice, psihice sau sexuale de către partenerul intim. Peste un sfert dintre femeile cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani, care au fost într-o relație, au fost supuse violenței fizice și/sau sexuale de către partenerul lor intim, cel puțin o dată în viață.

În Uniunea Europeană, 1 din 3 femei au fost supuse abuzurilor fizice sau violenței sexuale începând cu vârsta de 15 ani. Cel puțin 2 femei sunt ucise în fiecare zi de partenerul intim sau de un membru al familiei.

La nivel național, în primele 9 luni ale anului 2024, numărul faptelor penale înregistrate în domeniul violenței domestice a crescut cu 5%, față de primele 9 luni ale anului 2023, de la 43.425 la 45.614. Au fost înregistrate creșteri, comparativ cu perioada similară din anul 2023, pentru loviri sau alte violențe (de la 26.912 la 27.928), amenințare (de la 5303 la 5789) și nerespectarea ordinelor de protecție (de la 3146 la 3945). În țara noastră, 1 din 4 femei au fost agresate fizic sau sexual de partener sau de fostul partener.

Deși aceste statistici sunt alarmante, trebuie menționat că există progrese semnificative în multe părți ale lumii pentru a combate violența împotriva femeilor:

- tot mai multe țări au adoptat legi pentru protejarea femeilor de violență, inclusiv legi împotriva hărțuirii sexuale și abuzului în familie;
- campaniile de sensibilizare publică, educația în școli și inițiativele de sprijin pentru victime au fost implementate în numeroase regiuni pentru a reduce această problemă.

Numărul crescut de violențe domestice din România arată amploarea fenomenului și necesitatea de a interveni cu toate mijloacele legale pentru diminuarea lui.

Prevenirea și combaterea violenței sunt esențiale pentru sănătatea femeilor și bunăstarea întregii societăți. Măsuri de prevenire și intervenție:

- Sprijin psihologic: Victimele violenței au nevoie de consiliere psihologică pentru a înfrunta traumele și pentru a învăța să gestioneze emoțiile și stresul;
- Acces la îngrijire medicală: Este esențial ca femeile abuzate să poată accesa îngrijire medicală specializată, inclusiv screening pentru infecțiile de transmitere sexuale și evaluări ginecologice;
- Legislație și protecție: Legislația care protejează victimele violenței, precum ordinele de restricție și adăposturile pentru victime, poate contribui la reducerea abuzurilor și la asigurarea unui mediu mai sigur.

Este esențial ca guvernele, organizațiile internaționale și comunitățile să colaboreze pentru a sprijini victimele și a preveni violența în toate formele sale, pentru a construi o lume mai sigură și mai echitabilă pentru femei.

Disputa la nivel național între fizioterapeuți și medicii specializați în recuperare

- „Cum putem lăsa pacienții cu dizabilități pe mâna unui fizioterapeut cu 3 ani de studii?“

Cătălin HOPULELE

Apel din partea Societății Române de Reabilitate Medicală făcut la nivelul întregii țări: pacienții cu dizabilități din România riscă să rămână fără acces la medicii specialiști de recuperare medicală. Aceștia invocă o decizie a Comisiei pentru Sănătate din Camera Deputaților, care ar avea un impact foarte grav asupra siguranței și sănătății pacienților cu dizabilități. Ei spun că această comisie a ales să acorde drept de decizie medicală fizioterapeuților, care nu ar avea pregătire medicală fiindcă majoritatea nu sunt medici. Deși există o parte dintre aceștia care au urmat o facultate de fizioterapie în domeniul sănătate, majoritatea sunt absolvenți ai specializării de la Facultățile de Educație Fizică și Sport din țară.

„Medicul specialist de medicină fizică și de reabilitare are o pregătire de 11 ani de studii, el este cel care are competența de a prescrie întreaga gamă de servicii de reabilitare necesare! Cum putem lăsa pacienții cu dizabilități pe mâna unui fizioterapeut cu doar trei ani de studii? Orice modificare legislativă prin care se reduce sau se elimină rolul medicului în elaborarea Programului Individual de Reabilitare reprezintă un pericol major pentru pacient și o problemă gravă de sănătate publică“, a declarat prof.dr. Mihai Berteanu, președintele SRRM, într-un comunicat remis presei.

Medicii specializați în recuperare medicală spun că fizioterapia este o profesie conexă actului medical și este doar o parte din procesul de reabilitare medicală. Fizioterapeutul nu este medic, argumentează ei, iar după doar trei ani de studii de licență principalele atribuții pe care le-ar avea sunt elaborarea planului de exerciții fizice terapeutice, în conformitate cu obiectivele stabilite de medicul de medicină fizică și de reabilitare.

„Facem un apel ferm către deputați să reflecteze asupra deciziei Comisiei și să adopte amendamentele propuse de Senatul României la articolele 244 și 238 din Legea 95/2006. Este momentul să decideți dacă veți fi protectorii persoanelor cu dizabilități sau dacă veți permite restrângerea accesului acestora la servicii medicale de calitate. Atragem, de asemenea, atenția că decizia Comisiei implică o creștere importantă a costurilor pentru sănătate“, a mai spus prof. dr. Mihai Berteanu.

„Momentan avem suficienți medici“

● aproape un sfert dintre medicii de familie din Iași au între 67 și 76 de ani

Cătălin HOPULELE

Schimbările de la nivelul central al Colegiului Medicilor din România (CMR) nu au rezolvat peste noapte și problemele cu care se confruntă forul profesional.

Valeria Herdea, președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, a reluat în cadrul unei dezbateri online una dintre principalele teme de îngrijorare din sistem: peste 20% din medicii de familie din România în acest moment au peste 70 de ani, iar multe localități din zona rurală nu beneficiază de asistență medicală pentru că nu are cine să meargă acolo.

„Ziarul de Sănătate“ a discutat cu prof.dr. Liviu Oprea, președintele CMR Iași, care a explicat că situația se regăsește și-n statisticile din județul nostru, dar că Iașul are o acoperire mai mult decât suficientă în momentul de față cu medici de familie. Ce se va întâmpla pe viitor este, însă, o necunoscută.

„Aproximativ 100 și ceva de medici de familie din cei 400 au vârsta între 67 și 76 de ani. Nu sunt majoritari, dar este cel mai reprezentativ grup numeric – cei peste vârsta pensiei. Una dintre explicații este faptul că ani de zile, la nivel de rezidențiat la medicina de familie, s-au scos foarte puține locuri, în jur de 20. Acum au fost mai mult, 550 în toată țara, și la Iași vor fi cam 58 de poziții, la fel a fost și anul trecut. Noi eram bucuroși că la 20 de locuri specializarea era aleasă de cei cu punctaje destul de bune, dar nu erau suficienți și, în timp, asta a creat o problemă“, a explicat dr. Liviu Oprea.

Problema este, spune acesta, că rezidenții care termină studiile în Iași nu rămân cu toții în zona – sunt și cei din cele cinci județe vecine: Neamț, Bacău, Suceava, Botoșani, Vaslui. Doar în zona Galațiului se mai formează specialiști acolo, absolvenți ai Facultății de Medicină de la Universitatea „Dunărea de Jos“. Prof.dr. Liviu Oprea spune că Iașul, în această ecuație, mai ales comparativ cu județele din jur, nu stă foarte prost – dar că lipsa intrărilor în sistem va duce la o subțiere a numărului de personal într-un viitor nu foarte îndepărtat.

„În Iași nu avem o lipsă majoră de doctor, dar este un fenomen care se repetă. Mereu când se retrage un coleg din Iași, când iese la pensie, praxisul respectiv este pus la vânzare să fie predat unui alt medic de familie. E un proces de vânzare-cumpărare. Ei bine, cel mai des ajung să cumpere astfel de praxisuri colegii noștri din mediul rural și acolo mai rămâne un loc liber, care se ocupă mai greu. Este un transfer de doctori din rural spre urban în ultima vreme în Iași. Dar dacă ne ducem în județele vecine, acolo e foarte greu, nu mai sunt doctori sau sunt foarte puțini în unele zone. La Suceava sunt cabinete goale chiar în centrul orașului, nu în comunele din Bucovina“, a completat prof.dr. Liviu Oprea.

Avem al doilea cel mai tânăr sistem medical din Europa

Interes există din partea tinerilor, spune președintele CMR Iași, dovadă că, deși mai multe locuri la rezidențiat, ele s-au ocupat și de către tineri cu note destul de ridicate. La nivelul Iașului, spune, prof.dr. Liviu Oprea, se încearcă o legătură mai strânsă cu rezidenții, se încearcă atragerea lor în cabinete ca să înțeleagă exact cum se intră în medicina de familie. Spre deosebire de alte specializări, unde intrarea se face pe baza unui concurs, aici se poate profesa doar prin preluarea unui praxis sau prin angajarea la cabinetele existente.

„Noi vrem să îi atragem între noi, avem mulți colegi care se vor retrage și sunt acum în ultimii ani. Oamenii trebuie să se cunoască, avem întâlniri cu ei, nu e lipsă de interesă, problema a fost ani la rând de nescoatere a locurilor la concurs la rezidențiat. În celelalte specialități vârsta medie a medicilor nu este foarte înaintată, la nivel de corp profesional suntem pe locul al II-lea în Europa – noi și olandezii avem sisteme de sănătate ceva mai tinere, 30% dintre medici sunt sub 35 de ani. Dacă te uiți în Irlanda, numărul de medici de peste 55 de ani este foarte mare, de aici și importul semnificativ din alte țări“, a precizat prof.dr. Liviu Oprea.

Problema cu vârsta se regăsește însă la nivelul medicilor de familie, explică președintele CMR Iași. Iar asta înseamnă că în următorii ani se vor pensiona foarte mulți medici și numărul va scădea. Nici nu este bine să ocupi deodată multe locuri cu medici tineri, explică prof.dr. Liviu Oprea, fiindcă asta va bloca mult timp intrările în sistem – trebuie identificată o cale de echilibru și ceea ce președintele CMR Iași numește o politică de sănătate rezonabilă.

„Trebuie să formezi oameni pe măsuri ce alții se pensionează. Norma spune că ar trebui să existe un praxis la 1.800 de locuitori, în Iași, doar în contractul cu Casa de Asigurări de Sănătate, sunt cam 22 – 28 de praxisuri în plus, peste această medie. Dacă ne uităm în comunitățile de lângă Iași, în comunele din apropiere, încă ar mai fi locui libere. Nu este chiar atât de rău ca la Botoșani sau la Vaslui, unde nevoia este mult mai mare. Chiar recent am primit o rugăminte de la colegii din Piatra Neamț să le popularizăm praxisurile libere, neocupate“, a explicat prof.dr. Liviu Oprea.

Absolvenții de Medicină, direct medici de familie, nu este o soluție

Medicul nu este de acord cu sugestia care a circulat la un moment dat în spațiul public și care cerea, pentru reducerea lipsei de personal, ca absolvenții Facultății de Medicină să poată profesa ca medici de familie fără să facă și rezidențiatul de profil. Prof.dr. Liviu Oprea spune că este o falsă problemă aceasta: problema nu ar fi să populăm cu doctori mulți, ci cu doctori buni sistemul, iar calitatea specializării și a rezidențiatului trebuie crescută, nu să scoatem rezidențiatul cu totul.

„Gândiți-vă la mediul rural, unde nu există posibilitatea de a ajunge repede unele sisteme de urgență, iar nevoia pentru doctorii de acolo este ca aceștia să fie și mai pricepuți, să poată rezolva mai mult decât ar face-o dacă ar lucra în centrul Iașului și al Bucureștiului. Nu este o problemă care trebuie rezolvată pe genunchi – nu ne grăbim. România nu e o țară subdezvoltată din perspectiva numărului de doctor, ne apropiem de media europeană la suta de mii de locuitori, problema este că alte țări în situația noastră îi au mai bine distribuiți“, a spus prof.dr. Liviu Oprea.

Acesta a explicat că 70% dintre medicii din România sunt concentrați în 10 centre urbane și că una dintre soluții ar fi ca deschiderea de noi cabinete să fie reglementată. Medicii care nu ar putea să deschidă un cabinet la Iași, spune dr. Oprea, se vor putea duce la Vaslui sau la Bârlad sau în altă comunitate unde, din punct de vedere financiar, ar câștiga la fel. Dar distribuția lor ar fi în beneficiul pacienților.

O altă soluție ține de locurile la rezidențiat, la toate specialitățile.

„Locurile la rezidențiat la toate specialitățile trebuie scoase raportat la nevoile din sistem. Iar asta nu e complicat să știi – te uiți ce doctori se pensionează peste cinci ani și dacă ei vor dispărea din sistem să fii pregătit, dacă nu, tot este bine să ai un 10% mai mult și îți gestionezi astfel locurile“, a conchis prof.dr. Liviu Oprea. ●

Cum beneficiem gratuit de servicii de prevenție, depistare, confirmare și monitorizare a bolilor grave

● după modificările legislative din ultimii ani, CNAS vine cu explicații

Cătălin HOPULELE

Casa Națională de Asigurări de Sănătate a făcut publice condițiile în care persoanele asigurate pot beneficia de servicii de prevenție, depistare, confirmare și monitorizare a bolilor grave.

„Aceste servicii sunt decontate de sistemul asigurărilor sociale de sănătate, iar pentru a beneficia de servicii de prevenție, o persoană asigurată trebuie să urmeze câțiva pași“, au precizat cei de la CNAS. Cel mai important pas este programarea și efectuarea unei consultații preventive la medicul de familie. Acest tip de consultații se acordă pe grupe de vârstă, fiind decontate de CAS după o serie de criterii predefinite. Spre exemplu, copiii cu vârsta între 0 și 3 ani beneficiază de zece astfel de consultații preventive. În prima și a doua lună de viață, la 4 și 6 luni când se fac și vaccinuri, la un an, 15 și 18 luni, cât și una la 2 ani și una la 3 ani.

Apoi, aceste consultații gratuite sunt decontate câte una pe an, de la 4 la 18 ani, câte două pe an de la 18 la 39 de ani și până la 3 consultații pe an pentru cei peste 40 de ani care nu sunt în evidența medicului de familie cu alte afecțiuni cronice.

„Medicul de familie va evalua riscul ca pacientul să aibă o boală ascunsă, fără simptome. În funcție de evaluare, medicul poate decide să trimită pacientul la analize medicale de prevenție gratuite și îi va înmâna acestuia un bilet de trimitere (formular dedicat, marcat cu PREV 1….7). Medicul de familie va interpreta și rezultatul analizelor, în cursul unei noi consultații de prevenție, iar pe această bază va decide dacă pacientul trebuie trimis la un medic de specialitate în ambulatoriu sau la spital, pentru diagnosticarea ori confirmarea unei boli grave și pentru stabilirea tratamentului adecvat. Tot medicul de familie va consilia pacientul în scopul reducerii factorilor cu risc asupra sănătății din viața acestuia (fumat, consum de alcool, alimentație nesănătoasă, stres etc.)“, au precizat cei de la CNAS.

Aceștia au mai specificat apoi că medicul de familie poate trimite pacientul să efectueze analize medicale de depistare a unor boli și dacă, în cursul unei consultații în scop terapeutic, are suspiciunea că pe lângă afecțiunea pentru care s-a prezentat pacientul la consultație, ar mai putea exista și o astfel de boală ascunsă.

„În cazul în care pacientul persoană asigurată a fost diagnosticat cu o boală cronică, acesta beneficiază de consultații periodice lunare gratuite la medicul de familie pentru supravegherea evoluției bolii, continuitatea terapiei, screeningul complicațiilor, educația privind îngrijirea și autoîngrijirea etc. Dacă medicul de familie, în urma evaluării riscului dezvoltării altor afecțiuni, constată că pacienții respectivi au anumite simptome sau rezultate ale analizelor în afara valorilor normale, poate acorda în plus și consultații de monitorizare activă (management de caz) pentru bolile cronice cu impact major (risc cardiovascular înalt – hipertensiunea arterială, dislipidemia și diabetul zaharat tip 2; astmul bronșic, boala pulmonară cronică obstructivă – BPOC și boala cronică de rinichi)“, au mai precizat cei de la CNAS.

Pentru orice afecțiune acută/subacută/acutizare a unei boli cronice casa de asigurări de sănătate decontează medicilor de familie încă două consultații pentru fiecare episod de boală, în afara consultațiilor periodice anterior menționate. În urma efectuării consultațiilor, medicul de familie poate elibera bilete de trimitere (inclusiv pentru investigații medicale paraclinice) sau alte documente.

Dacă la orice consultație medicul de familie va avea suspiciunea că pacientul are o formă de cancer (boală oncologică), pentru confirmarea sau infirmarea suspiciunii îl va putea trimite, după caz: să efectueze analize medicale gratuite, radiografii, ecografii, ale căror rezultate vor fi apoi integrate tot de medicul de familie; să fie consultat ambulatoriu de un medic specialist; să fie internat în regim de spitalizare de zi ori continuă.

Pe baza biletului de trimitere, medicul specialist din ambulatoriu va putea acorda pacientului persoană asigurată consultații pentru depistarea afecțiunilor oncologice (se decontează maximum 3 consultații pe asigurat, într-un interval de maxim 60 de zile calendaristice de la data acordării primei consultații, prezentarea la a doua și a treia consultație consultație făcându-se direct, fără alt bilet de trimitere).

„Pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la specialistul din ambulatoriu marcate SO, în spitalizare de zi se va efectua: diagnosticarea afecțiunii oncologice, evaluarea extensiei tumorale, evaluarea statusului clinico-biologic al pacientului cu afecțiune oncologică. Se recomandă ca aceste servicii să fie efectuate în maximum 28 de zile de la deschiderea primei foi de spitalizare de zi. Tot în spital se pot efectua și servicii medicale în scop diagnostic-caz pentru depistarea precoce a cancerului de col uterin si a cancerului de sân. După confirmarea diagnosticului de boală oncologică, pacientul asigurat va putea fi inclus în Programul național de oncologie“, au conchis cei de la CNAS. ●

Acțiuni pentru conștientizarea riscului fumatului, derulate la Iași

● șansele de îmbolnăvire sunt mai mari dacă fumătorii încep de tineri

Cătălin HOPULELE

Pe 21 noiembrie, la nivelul țării s-a marcat „Ziua națională fără tutun“, un demers care a fost punctat la Iași prin mai multe evenimente, o parte dintre ele susținute și de către Direcția pentru Sănătate Publică Iași (DSP). Conform unei informări naționale, reluate și de DSP Iași, consumul de tutun este principala cauză prevenibilă de deces în lume. Deviza de anul acesta al campaniei a fost „Alege înțelept! Spune NU fumatului!“. La nivel județean, DSP Iași a organizat acțiune de informare a tinerilor cu privire la efectele nocive ale fumatului asupra organismului.

„Nocivitatea este cu atât mai mare cu cât vârsta de debut a fumatului este mai mică și cu cât numărul de țigări fumate zilnic este mai mare. Aceste acțiuni se însoțesc de distribuirea de pliante informative, determinări ale monoxidului de carbon în aerul expirat și ale vârstei reale a plămânilor la fumători“, au punctat cei de la DSP Iași.

Cea mai mare cauză de deces prevenibil din UE

„Ziua națională fără tutun“ este celebrată în fiecare an în a treia joi a lunii noiembrie și are ca scop creșterea gradului de conștientizare în rândul populației cu privire la riscurile pentru sănătate asociate consumului de tutun.

„Fumul de tutun conține peste 7.000 de substanțe chimice toxice, iar fumatul pe parcursul unei vieți poate să ducă în medie la scurtarea vieții unei persoane cu cel puțin 10 ani. Aproximativ un sfert din anii productivi din viață pierduți prin dizabilitate au drept cauză bolile atribuibile consumului de tutun. Pe glob, peste 8,7 milioane de oameni mor anual din cauza consumului produselor din tutun. Majoritatea acestor decese (7,4 milioane) sunt atribuite consumului direct de tutun, în timp ce restul de peste 1,3 milioane decese sunt atribuite expunerii la fumatul pasiv. Aproximativ 80% dintre aceste decese au loc în țările cu venituri mici și medii“, au transmis reprezentanții DSP Iași.

Conform acestora, există în momentul de față studii care arată că, la nivelul UE, consumul de tutun reprezintă cea mai importantă cauză de deces, fiind responsabil de aproximativ 700.000 de decese în fiecare an și este totodată unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru sănătate care poate fi evitat. În ciuda progresului obținut în reducerea prevalenței fumatului în Uniunea Europeană, numărul de fumători este mare, aproximativ 26% din toată populația, 1 din 5 persoane și, ceea ce este și mai grav, 29% dintre tinerii în vârstă de 15-24 de ani fumează.

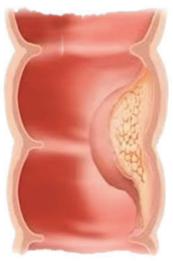
Conform datelor prezentate în raportul Health at a Glance 2023, în România prevalența fumatului zilnic a fost de patru ori mai mare în rândul bărbaților decât a femeilor: 30.8%, față de 7,7%.

„Prevalența mare a fumatului în rândul tinerilor este de asemenea îngrijorătoare. Expansiunea produselor noi care conțin tutun, creșterea utilizării dispozitivelor de vaping și tutun încălzit este de asemenea îngrijorătoare. Vârsta de începere a utilizarii produselor de tutun este de obicei înainte de 25 de ani, cu risc maxim de adicție. Conform studiului YRBSS 2022, 40% dintre elevii de liceu din România (N=22039) au fumat pe parcursul vieții cel puțin o țigară întreagă. Dintre aceștia, 8 din 10 au experimentat și noi produse din tutun – țigări electronice sau produse cu tutun încălzit. În acest context, limitarea consumului de tutun este, fără îndoială, una dintre cele mai eficiente modalități de a salva vieți și de a îmbunătăți starea generală de bine“, au precizat cei de la DSP Iași. ●

Două simptome sugestive pentru cancerul colorectal

Cancerul colorectal este un tip de cancer al cărui punct de plecare este la nivelul colonului (intestinul gros) sau al rectului (porțiunea terminală a acestuia).

Cancerul colorectal reprezintă o serioasă problemă de sănătate publică, fiind cea mai frecventă formă de cancer la nivel mondial (ocupa locul 2 în cazul afecțiunilor tumorale ale bărbaților și locul 3 la femei) și o cauză importantă de mortalitate, din cauza diagnosticării tardive. Deși nu se cunoaște o cauză exactă ce determină apariția lui, în majoritatea cazurilor cancerul de colon este precedat de existența unor polipi, proliferări benigne preneoplazice la nivelul caroră se produc mutații genetice responsabile de apariția formațiunilor de tip malign.



Dezvoltarea cancerelor colorectale este determinată de prezența unui cumul de factori genetici și de mediu, însă principalii factori de risc care favorizează apariția afecțiunii sunt reprezentați de:

- **Vârsta**: majoritatea cancerelor de colon sunt diagnosticate la persoane de peste 50 de ani, deși sunt suficiente situații în care vârsta la diagnosticare este mult mai mică;
- **Boala inflamatorie intestinală** (boala Crohn, colita ulcerativă);
- **Istoricul medical** – persoanele care au mai avut alte forme de cancer sau chiar și cancer de colon au un risc mai mare de (re)îmbolnăvire;
- **Rude apropiate care au avut cancer de colon** – prezența cancerului de colon la o rudă de gradul I crește probabilitatea de apariție a bolii. Atunci când există mai mult de o rudă care are sau a avut cancer de colon, probabilitatea crește și mai mult;
- **Ereditatea**: în anumite situații mutațiile genetice moștenite de la părinți determină apariția cancerelor colorectale;
- **Consumul crescut de carne procesată**, bogată în grăsimi, asociat cu o dietă săracă în fibre vegetale;
- **Obezitatea**;
- **Sedentarismul**;
- **Diabetul zaharat**;
- **Fumatul**: favorizează dezvoltarea polipilor intestinali;
- **Radioterapia** (în special cea abdominală) aplicată pentru tratarea altor tipuri de cancer poate favoriza apariția tumorilor de intestin gros și rect.

În fazele incipiente, cancerul colorectal este asimptomatic. Odată cu mărirea tumorii și evoluția locală, iar mai apoi, la distanță, aceasta generează simptome, în unele cazuri destul de zgomotoase. **Prezența sângelui în scaun** (vizibilă sau depistată prin analize de laborator) și **modificările de tranzit intestinal** (constipație sau diaree nou-apărute, schimbarea frecvenței sau calibrului scaunului) pot fi două dintre semnalele de alarmă pentru cancerul colorectal. Deoarece aceste două simptome sunt comune și altor afecțiuni, o consultație de specialitate este cea mai bună metodă de efectuare a unui diagnostic diferențial, în urma căruia să fie eliminate suspiciunile de existență a altor boli.

Sunt și alte simptome ce întregesc tabloul clinic al afecțiunii, cu atât mai frecvente cu cât boala progresează: durere abdominală cu diverse localizări, distensie abdominală, greață, vărsături, senzație de oboseală, scăderea poftei de mâncare etc.

Diagnosticul cancerului colorectal este facil și se face pe baza anamnezei, examenului clinic și al colonoscopiei, ultima prelevând țesut de la nivelul tumorii necesar pentru biopsie.

Diagnosticarea cât mai timpurie a cancerelor colorectale îmbunătățește speranța de viață a pacienților cu această afecțiune și crește șansele de vindecare.

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

Rezidențiatul este în primul rând „un examen psihologic“. Claudia a ales psihiatria pentru oameni, povești, observație și analiză

Ina DUMITRESCU

Claudia Miruna Ciocoiu este medic rezident anul 4. A ales medicina pentru că nu s-a văzut făcând altceva. A povestit că orice încercare de a se proiecta într-o altă profesie a eșuat. „E important să ai convingerea că nu poți și nu vrei să faci altceva în viață pentru a putea face față încercărilor care apar în toți anii de facultate și în toată pregătirea ca medic. Am simțit că pot face o diferență în viața oamenilor, că pot combina cunoașterea științifică cu empatia pentru a alina durerea, sub orice formă ar fi ea“, a spus Claudia Miruna Ciocoiu.

Claudia Miruna Ciocoiu

În anul 2019 a absolvit Facultatea de Medicină Generală de la Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa“ din Iași și s-a înscris la rezidențiat.

„Examenul de rezidențiat este în primul rând un examen psihologic și apoi o verificare a cunoștințelor. E important să rămâi motivat și focusat în toată perioada de pregătire, în ciuda faptului că se adună multă oboseală și frustrare. Este un examen solicitant, având în vedere cantitatea uriașă de informații pe care trebuie să o reții. Este un test care evaluează nu doar cunoștințele, ci și capacitatea de a organiza informația și de a rezista presiunii. Ca nivel de dificultate a fost mediu spre greu. S-a pus foarte mult accentul pe detalii și cifre greu de memorat“, este opinia Claudiei Miruna Ciocoiu.

În psihiatrie „noi tratăm oameni, nu boli, poate mai mult decât în altă parte“

Ea a povestit că a fost atrasă de psihiatrie înainte de începerea facultății de medicină. Dar nu a fost hotărâtă să o aleagă ca specialitate decât mai târziu, după mai multe interacțiuni cu acest domeniu.

„M-a fascinat psihiatria în primul rând pentru că este, după părerea mea, cea mai clinică dintre specialități. Exceptând investigațiile pe care le facem pentru diagnosticul diferențial, diagnosticul psihiatric este unul clinic. În psihiatrie e despre oameni și povești, e despre observație și analiză. Și poate mai mult decât în alte specialități, noi tratam oameni, nu boli. M-a atras și complexitatea psihicului uman, impactul pe care sănătatea mintală îl are asupra vieții unei persoane. Am vrut să fiu acolo pentru oamenii care trec prin momente dificile, să-i ajut să-și găsească echilibrul și să le ofer sprijin într-un domeniu care este încă stigmatizat“, a spus medicul rezident.

Claudia consideră că decizia alegerii specializării de către absolvenții de medicină este una subiectivă deoarece fiecare își face un plan de bătaie și se gândește pe termen lung la variante și posibilități. Tendința, crede ea, este de a se alege specialități ușoare, deși niciuna nu este ușoară, cu program lejer și care să permită angajarea după terminarea rezidențiatului.

În opinia medicului, „se fuge“ de specialitățile chirurgicale pentru că programul este infernal, este foarte multă muncă, slab remunerată și deloc apreciată.

„Rezidențiatul în psihiatrie vine și cu niște riscuri pe care ni le asumăm“

Claudiei îi place partea de psihiatrie de urgență și acuți, să preia pacientul de la zero și să îi vadă evoluția sub tratament. Din acest motiv a ales să lucreze pe o secție de acuți și să facă destul de multe gărzi.

„Viața ca medic rezident psihiatru este destul de «colorată», nu apuci să te plictisești, mereu apar cazuri noi, patologii interesante și evoluții diverse ale cazurilor. Dar rezidențiatul în psihiatrie vine și cu niște riscuri pe care ni le asumăm. Uneori pacienții pot deveni rezistenți la tratament, neîncrezători sau chiar agresivi, ceea ce complică relația terapeutică. Rezultatele tratamentului în psihiatrie pot apărea lent, iar uneori este nevoie de luni sau chiar ani pentru a vedea îmbunătățiri semnificative. Acest lucru poate fi frustrant atât pentru pacient, cât și pentru psihiatru. Sunt situații în care psihiatrul trebuie să ia decizii dificile, cum ar fi internarea involuntară sau administrarea unui tratament împotriva dorinței pacientului. Aceste situații necesită un echilibru delicat între respectarea autonomiei pacientului și protejarea siguranței acestuia“, a povestit Claudia Miruna Ciocoiu.

În prezent lucrează la Institutul de Psihiatrie „Socola“ din Iași, având drept coordonator de rezidentiat pe conf. dr. Șerban Turliuc și îndrumător de rezidențiat pe dr. Raluca Ioana Modoranu. Claudia se consideră o norocoasă pentru că lucrează pe secție cu oameni minunați, într-o atmosferă frumoasă, unde poate să învețe și să se dezvolte.

„Dincolo de munca pe clinică, perioada rezidențiatului înseamnă și multe congrese, conferințe, prezentări de medicamente, studii clinice, care ne ajută să fim la zi cu informațiile. Gărzile sunt o loterie, fără doar și poate. Cred că sunt eu «norocoasă» pentru că în marea majoritate a gărzilor mele este aglomerație. Dar ăsta e farmecul și nu cred că mi-ar plăcea să mă plictisesc. Nu știu dacă pot să spun că am avut gărzi grele, poate doar solicitante, cum ar fi cele în care sunt pacienți deja internați, cu multiple afecțiuni somatice care decompensează și pe care trebuie să-i redirecționăm. Astea sunt momentele care pe mine mă încarcă negativ cel mai tare pentru că sunt aspecte care nu țin de mine și de competența mea și mă simt neputincioasă“, a explicat Claudia.

Nu este hotărâtă ce va face mai departe. Ea spune că sunt locuri multe la rezidențiat, dar extrem de puține posturi. Nu și-a dori să renunțe la spital și la partea de psihiatrie de urgență pentru că este ceea ce îi place și o ține în priză. Dar își dorește să echilibreze cumva balanța și cu un cabinet unde să vadă cazurile ușoare și să-și poată urmări pacienții în evoluție.

„Dacă aș avea ocazia să schimb ceva în sistemul românesc de sănătate, m-aș concentra pe câteva aspecte esențiale care ar putea îmbunătăți semnificativ calitatea serviciilor și condițiilor din spitale. În primul rând, bugetul alocat sănătății ar trebui să fie o prioritate“, a conchis Claudia Miruna Ciocoiu.

Cipriana Rotaru a ales radiologia, după examenul de rezidențiat. „Am avut o gardă cu 22 de CT-uri, unul o urgență majoră“

Ina DUMITRESCU

Pentru Cipriana Rotaru alegerea profesiei a fost un cumul de factori. Empatia, iubirea pentru oameni și viață au determinat-o pe Cipriana să își îndrepte atenția către medicină. Dar factorul determinant l-a constituit bunica ei care a fost asistentă la dispensarul local. Dragostea cu care aceasta își făcea profesia și apropierea față de problemele oamenilor au convins-o pe Cipriana să devină medic.

Venită din Huși, a absolvit Facultatea de Medicină Generală de la Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa“ în anul 2019. Ea a povestit că au fost 6 ani plini de experiențe intense și provocatoare. Nu a fost un drum ușor, dar a fost unul care a împlinit-o pe deplin.

Pregătirea pentru examenul de rezidențiat a fost o etapă importantă și destul de stresantă pentru Cipriana, deoarece a marcat trecerea de la viața de student la cea profesională. A fost un proces lung, intens și presărat cu emoții, pentru care Cipriana a dezvăluit că își dedica cel puțin 10 ore de studiu zilnic, de luni până duminică, fără excepții. A necesitat multă muncă, disciplină, rigoare și perseverență, dar a meritat.

„Examenul de rezidențiat a fost cumpăna vieții mele“

„Nu am știut de la începutul facultății care îmi va fi drumul. Am intrat cu inima deschisă, asimilând informații, încercând să triez specialitățile. Am studiat radiologia în anul IV, stagiu la care am întâlnit un cadru didactic tânăr, dar pasionat, implicat și dornic să ne împărtășească cunoștințele sale. Mi-a deschis perspectiva unei cariere în radiologie, iar după afișarea punctajului la examenul de rezidențiat, am discutat cu mai mulți colegi rezidenți și am înțeles ca aceasta este specializarea care mi se potrivește cel mai bine“, a povestit **Cipriana Rotaru.**

Ea a spus că examenul de rezidențiat a fost cumpăna vieții, dar a depășit-o cu ajutorul familiei, care i-a fost mereu alături. Uitându-se în urmă își amintește că subiectele au fost echilibrate, fiind concepute în așa fel încât să verifice toată materia. Emoțiile au fost mari, dar rezultatul a fost pe măsura muncii, dându-i Ciprianei șansa de a-și alege orice specializare cu punctajul obținut.

Cipriana Rotaru a practicat o mare perioadă a rezidențiatului în Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Spiridon“, sub îndrumarea profesorilor Dragoș Negru, Corina Lupașcu-Ursulescu, Liliana Gheorghe. Aceștia i-au împărtășit experiențe și cunoștințe pe care le descrie ca fiind valoroase, au ajutat-o în parcursul profesional și au susținut-o la fiecare pas.

„În primii ani de rezidențiat am efectuat gărzi în compartimentul de radiologie din Unitatea de Primiri Urgențe a Spitalul «Sf. Spiridon», ulterior în compartimentul de Computer-Tomografie din cadrul aceluiași spital. Nu voi uita niciodată garda în care am efectuat un număr de 22 de examinări CT, iar ultimul caz a fost cu adevărat solicitant, pacientul având un anevrism de aortă abdominală infrarenală rupt, cu importantă hemoragie, fiind cu adevărat o urgență majoră“, își amintește Cipriana Rotaru.

Cipriana Rotaru

O specialitate în care contează foarte mult tehnologia

În ultimul an de rezidențiat a activat la Spitalul Clinic Căi Ferate Iași, în secția condusă de medicul Cătălina Ciolpan. Tot aici și-a cunoscut și mentorul, în persoana doctorului Ioana Muraru, care și-a dedicat timpul și energia pentru a o ghida și a o sprijini pe Cipriana în dezvoltarea profesională și personală.

„A fi astăzi medic rezident în imagistică și radiologie înseamnă să fii parte dintr-o specialitate medicală esențială, care este într-un permanent avans tehnologic. Este un domeniu ce necesită abilități tehnice, o cunoaștere aprofundată a anatomiei, dar și capacitatea de a lucra în echipă. Am înțeles că practica modernă a radiologiei implică multe specializări diferite de asistență medicală, iar dezvoltarea tehnologică continuă înseamnă noi posibilități de diagnostic și implicit de tratament. Deși este o specialitate provocatoare, este și una extrem de satisfăcătoare, având un impact major asupra diagnosticului“, este opinia Ciprianei Rotaru.

Dacă ar avea puterea să schimbe ceva în sistemul medical românesc, Cipriana Rotaru ar promova sistemul de screening, măsurile și investigațiile imagistice ce vizează examinarea sistematică a populației pentru a identifica persoane care nu prezintă simptome, dar care pot avea o boală de care nu sunt conștiente. Consideră că screeningul este un instrument esențial în reducerea decesului prematur și în prevenția unor afecțiuni grave.

„Momentan încerc să mă bucur de ultimele luni în care voi fi rezident și îmi fac curaj să pășesc pe cont propriu. Concurând la rezidențiat pe loc, nu am un post la care să activez în continuare, dar sunt sigură că ce e al meu e pus deoparte și îmi voi găsi calea“, a povestit Cipriana Rotaru.

Rețeaua Medicală Arcadia, destinația ideală pentru tinerii medici specialiști

Daniela DRUGUȘ
Director Medical Operațional, Arcadia Spitale și Centre Medicale

Într-o lume medicală aflată într-o continuă transformare, Rețeaua Medicală Arcadia se poziționează ca un pilon al excelenței și inovației în România, oferind tinerilor medici specialiști un mediu propice dezvoltării profesionale și personale. Arcadia, unul dintre cei mai mari angajatori din domeniul medical privat, asigură servicii medicale de top, dezvoltând, în același timp, un ecosistem de sprijin pentru noile generații de medici.

Daniela Drugușș

Excelența și performanța – fundamentul succesului

Calitatea actului medical este mai mult decât un obiectiv – este o misiune. Dotările și infrastructura state-of-the-art și colaborarea cu specialiști recunoscuți la nivel național și internațional reprezintă garanția unui mediu de lucru în care tinerii medici pot performa la cel mai înalt nivel.

Tinerii specialiști care aleg Rețeaua Medicală Arcadia beneficiază de:

- acces la tehnologie de vârf în diagnostic și tratament, ceea ce le permite să se concentreze pe inovație și precizie;
- parteneriate naționale și internaționale, care deschid porți către stagii de formare, schimb de bune practici, supraspecializari și competențe noi;
- cultură organizațională bazată pe colaborare și respect, care încurajează învățarea continuă și dezvoltarea personală.

Mediul de lucru – suport pentru progres și echilibru

Succesul profesional este strâns legat de echilibrul personal. Rețeaua Medicală Arcadia înseamnă un mediu de lucru sănătos, motivant și centrat pe nevoile echipei medicale. Acest lucru înseamnă:

- program flexibil, adaptat nevoilor personale și profesionale ale medicilor;
- acces la resurse de sprijin psihologic și mentorat, pentru a gestiona mai bine provocările profesiei;
- un mediu de echipă pozitiv, în care comunicarea deschisă și colaborarea sunt prioritare;
- o platformă de lansare pentru o carieră de succes.

Pentru tinerii medici specialiști, cariera înseamnă mai mult decât un loc de muncă – este o cale către excelență și recunoaștere profesională. Rețeaua Medicală Arcadia susține aceste aspirații prin:

- programe de formare continuă și participare la conferințe de prestigiu;
- posibilitatea de implicare în proiecte inovatoare, inclusiv cercetare medicală;
- oportunități de avansare în funcții de leadership medical.

Rețeaua Medicală Arcadia nu este doar un spital de excelență, ci o comunitate în care fiecare voce contează și fiecare contribuție este apreciată.

18 familii de medici repatriate, o nouă comunitate profesională

Într-o perioadă în care exodul creierelor continuă să fie o provocare pentru România, Arcadia a scris un capitol unic în domeniul medical privat: în ultimii 5 ani, 18 familii de medici români au revenit acasă. Acești profesioniști de excepție, cu peste un deceniu de experiență în țări precum Franța, Belgia, Irlanda și Anglia, au ales să își reia parcursul profesional în România, iar Arcadia a fost prima lor opțiune.

Repatrierea a 18 familii de medici reprezintă nu doar o realizare pentru Arcadia, ci și un câștig imens pentru sistemul medical din România. Acești specialiști aduc cu ei:

- cunoștințe de ultimă oră în domeniile lor de expertiză, dobândite prin supraspecializări în centre europene renumite.
- o abordare modernă, centrată pe pacient, dezvoltată în ani de experiență în sisteme medicale avansate.
- un exemplu de leadership profesional, care inspiră generațiile tinere de medici.

Rețeaua Medicală Arcadia, pilon de excelență în medicina românească și reper pentru tinerii medici

Pentru un tânăr specialist, finalizarea celor 12 ani de studii și formare medicală este doar începutul unui drum lung, presărat cu responsabilități uriașe. Alegerea primului loc de muncă devine un pas crucial, iar Arcadia oferă răspunsuri clare și oportunități reale:

- siguranță profesională: tinerii medici găsesc aici nu doar un loc de muncă, ci un mediu stabil, în care își pot construi cariera fără incertitudini.
- un mediu competitiv: dotările tehnologice avansate și accesul la programe de formare continuă îi plasează pe tinerii medici într-un context propice pentru creștere profesională rapidă.
- mentorat și sprijin: echipa Arcadia este formată din profesioniști cu experiență, care își asumă rolul de mentori pentru noile generații, oferind sprijin și ghidare în fiecare etapă.

Această abordare relevă un loc de muncă atractiv pentru cei care aleg să își înceapă cariera medicală în România, oferind perspectiva unei dezvoltări profesionale de succes, fără compromisuri.

Rețeaua Medicală Arcadia, un pilon pentru profesie și o speranță pentru viitor

Arcadia reprezintă mai mult decât o rețea medicală privată. Este un pilon semnificativ pentru profesia medicală din România, oferind un cadru sigur, modern și inspirațional pentru toți medicii care își doresc o carieră de succes.

Pentru tinerii medici rezidenți, Arcadia devine un simbol al speranței și al oportunităților:

- un loc unde vocația întâlnește resursele necesare pentru a atinge excelența.
- un mediu care susține pregătirea și dezvoltarea continuă, indiferent de specializare.
- un partener de încredere într-o profesie care cere dedicare absolută.

Concluzie: viitorul medicinii, aici și acum

Fiecare medic merită un cadru profesional care să îi respecte munca, talentul și vocația. Fie că este la început de drum sau a acumulat ani de experiență internațională, pentru medic, Arcadia este locul unde profesia medicală din România găsește sprijin, inspirație și excelență.

Articol susținut de Arcadia – Spitale și Centre Medicale

„În fiecare copil salvat există un univers întreg de posibilități care merită protejat“

Ina DUMITRESCU

Anca Lavinia Cianga s-a născut în comuna Țifești din județul Vrancea. Povestește că acolo este locul în care timpul a avut mereu răbdare. Decizia de a urma medicina are ca justificare modelele pe care le-a avut în părinții, bunicii și profesorii din liceu.

A fost admisă la Facultatea de Medicină din cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T Popa“ din Iași în anul 2012. Anul 5 de facultate l-a petrecut la Universitatea Paris Sud XI, în Franța. A absolvit în 2018, an în care a susținut și primul concurs de rezidențiat, momentan urmându-l pe al doilea.

„Pregătirea pentru concursul de rezidențiat a debutat odată cu anul întâi de facultate. Întotdeauna am considerat că munca susținută și constantă este cea revelantă, și nu neapărat un concurs de 4 ore, organizat mai ales sub forma unei examinări de tip grilă. Această manieră de examinare a fost însă aceeași cu examenele din timpul facultății astfel încât încercuitul variantei corecte sub presiunea Cronosului nu a reprezentat o corvoadă uriașă“, a povestit Anca Lavinia Cianga.

Ea a mai spus că alegerea specialității de pediatrie a fost mai mult decât o decizie profesională. Consideră că a fost o chemare, un răspuns la nevoia de a aduce lumină acolo unde umbrele bolii amenință cele mai fragile vieți.

Ramura de medicină care cere și viziune

„Pediatria este mai mult decât o specialitate medicală. Este o alianță cu fragilitatea și cu potențialul imens al copilăriei. Pentru mine, pediatria reprezintă intersecția dintre știință și umanitate. Este locul unde anatomia și fiziologia întâlnesc zâmbetele copiilor, iar ecuațiile clinice sunt completate de încrederea inocentă pe care o oferă micii pacienți. De asemenea, pediatria m-a atras prin complexitatea sa. Corpul copilului, aflat în continuă dezvoltare, ne cere să fim atât medici cât și vizionari, adaptând abordarea clinică la nevoile fiecărei etape de creștere“, este opinia Anei.

În perioada primului rezidențiat, munca ei a fost structurată în modulele pe care le avea de parcurs în cadrul pediatriei. Vorbim de specialități conexe și subspecialități pediatrice, care i-au permis să își descopere și mai apoi să își exploreze afinitățile.

În anul 2020, a decis să se reîntoarcă în Franța pentru un stagiu de pediatrie, de data aceasta, în calitate de medic rezident. Această experiență i-a consolidat convingerea că structura ei se potrivește mănușă acestei specialități.

„Primul rezidențiat a fost flancat de multă muncă ambalată în foarte multe zâmbete ingenue pentru că aceasta este traducerea pediatriei. Prefer să îmi amintesc momentele vesele din ceea ce trăiesc și din interacțiunile cu oamenii și pacienții, iar memoria îmi aduce în butoanele tastaturii o gardă în care am fost cerută în căsătorie de un pacient în vârstă de 8 ani, care tocmai se trezea după ce fusese sedat pentru o biopsie. Am refuzat timid cu promisiunea că o să rediscutăm acest aspect după ce vor mai trece măcar 10 ani“, își amintește Anca. Într-un moment al dezvoltării profesionale, s-a hotărât să urmeze un al doilea rezidențiat în oncologie și hematologie pediatrică.

„Am ales această cale din convingerea că fiecare copil are dreptul la o șansă. Așa cum scria Antoine de Saint-Exupéry: «Toți oamenii mari au fost cândva copii, dar puțini dintre ei își mai aduc aminte». Prin alegerea pediatriei și a oncologiei pediatrice îmi doresc să fiu acel profesionist care își amintește mereu să privească lumea prin ochii copilului, o lume plină de posibilități, dar și de vulnerabilități care cer protecție. Alegerea oncologiei pediatrice derivă din dorința de a transforma vulnerabilitatea în forță. În această ramură a medicinei nu tratăm doar boala, ci și trauma emoțională a întregii familii. În oncologia pediatrică, am oportunitatea unică de a reda speranța acolo unde pare pierdută, construind poduri între prezentul dureros și viitorul plin de promisiuni. Nu sunt un fan al promisiunilor, dar iubesc speranța“, a afirmat Anca.

Ea a mai spus că perioada actualului rezidențiat este mult mai puțin sinuoasă datorită experienței acumulate până în prezent. Dar de această dată intervin mai multe problematici filosofice care vin la pachet cu oncologia pediatrică și mai multe provocări spirituale pe care se bucură să le poată duce împreună cu pacienții.

Siguranța pe care a dobândit-o în urma primului rezidențiat îi oferă însă confortul psihologic de a le putea oferi pacienților o îngrijire medicală de calitate, lucru pe care îl face actualmente și prin efectuarea de gărzi ca titular în cadrul Clinicii de Oncologie medicală de la Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria“ din Iași sub coordonarea prof. univ. dr. Ingrith Miron și a dr. Silvia Dumitraș. Anca este și asistent universitar la disciplina de Pediatrie de la Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa“.

Ce înseamnă să fii medic rezident în zilele noastre?

„Întrucât medicul rezident, «rezistent», cum mai e cunoscut în jargonul medical, are deocamdată o identitate cu margini slab delimitate și contur neregulat, munca de zi cu zi constituie, fără doar și poate o provocare, iar aici nu mă refer la serviciul propriu-zis, ci la munca pe care o ducem zilnic cu noi înșine pentru a ne păstra valorile nepătate și pentru a ne cultiva motivația. Personal, cuvintele lui Albert Schweitzer mi-au servit drept inspirație în acest parcurs: «Fericirea este singurul lucru care se multiplică atunci când este împărțită». În pediatrie și cu precădere în oncologia pediatrică am descoperit o profesie care îmi permite să dăruiesc speranță și bucurie în momentele cele mai dificile. Să lucrezi cu copiii înseamnă să îți păstrezi inima deschisă, să fii martor la reziliența lor uimitoare și la capacitatea lor de a găsi lumină chiar și în întuneric“, a punctat Anca.

Medicul crede cu tărie că în fiecare copil salvat există un univers întreg de posibilități care merită protejat.

Planul de viitor al Ancăi este să continue studiile doctorale și rezidențiatul în Iași, dar va încerca să aplice și pentru programele din străinătate pe perioadă determinată doar pentru a-și consolida și mai bine cunoștințele și formarea profesională.

Și-ar dori ca destinul să îi fie în România și să contribuie, în măsura în care se poate, la dezvoltarea comunităților mai mici din țară.

„Dacă aș dispune de superputerea de a reforma sistemul medical din România, probabil aș prioritiza ameliorarea infrastructurii și digitalizarea serviciilor medicale, idei care ar genera un impact semnificativ asupra funcționării întregului sistem, de ele beneficiind atât pacienții, cât și cadrele medicale. Pentru a preveni migrarea medicilor către alte țări, ar fi recomandat să se implementeze măsuri precum reducerea supraîncărcării și a stresului profesional prin suplimentarea numărului de angajați în unitățile medicale, dezvoltarea oportunităților de formare continuă prin programe accesibile și susținute, care să permită evoluția profesională a personalului medical. De asemenea, consider că un accent deosebit ar trebui pus pe prevenție și educație pentru sănătate, dat fiind faptul că un sistem orientat către prevenție reduce costurile și povara bolilor asupra societății. Repet, nu sunt un fan al promisiunilor, dar iubesc speranța“, a concluzionat Anca Lavinia Cianga.

De la chitară clasică, la pediatrie. Tudor Lăzăruc crede că în medicină nu poți lucra niciodată singur

Ina DUMITRESCU

Tudor-Ilie Lăzăruc este medic rezident pediatru la Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria“ din Iași și lucrează sub îndrumarea conf. univ. dr. Magdalena Stârcea, medic-șef al secției Nefrologie pediatrică și a prof. univ. dr. Ingrith Miron, coordonator de rezidențiat în pediatrie și șef al secției Oncologie-Hematologie pediatrică. Tudor este și asistent universitar la disciplina Pediatrie de la Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa“ din Iași.

Născut în Botoșani, a urmat Liceul de Artă „Ștefan Luchian“ și a studiat chitară clasică. La începutul clasei a 12-a, în minte i-a încolțit ideea de a deveni medic. Nici acum nu știe cum a ajuns la această idee. Crede că, probabil a fost atras de componenta umanistă a medicinei, că a răspuns unei provocării de a aborda un domeniul complet nou pentru el și că a fost încurajat de părinți. A absolvit Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa“ din Iași în 2021 apoi a urmat rezidențiatul.

„Din punctul meu de vedere, concursul de rezidențiat este, înainte de toate, un test de reziliență. Cred că ești atât de pregătit pe cât ești de disciplinat, iar disciplina e greu de dobândit când nu poți rezista stresului și frustrărilor. A fost dificil și am simțit că mă lupt cu limitele mele, dar m-am raportat constant la prieteni și colegi mai bine organizați și am încercat să tind spre performanțele lor. Din păcate, formatul examenului, motivat de necesitatea unei evaluări obiective a mii de candidați, nu încurajează neapărat cultivarea gândirii medicale. În retrospectivă, concluzia mea este că am consumat prea multe resurse emoționale în pregătirea și susținerea examenului. Rezultatul a fost bun, dar examenul nu trebuie privit ca o chestiune de viață și de moarte“, a explicat Tudor.

La repartiția după examenul de rezidențiat știa că își dorește o specialitate care să-i permită să lucreze cu copiii. Dintotdeauna s-a simțit bine alături de cei mici și crede că a ajuns la această specialitate și pentru că a avut o copilărie frumoasă.

Stilul de viață și nu doar pasiunea sunt esențiale în alegerea specialității

Medicul crede că cele mai relevante criterii pentru alegerea unei specialități sunt stilul de viață asociat acesteia, prezența sau absența interacțiunii cu pacienții și posibilitatea unei formări profesionale de calitate în rezidențiatul respectiv.

El este de părere că deși toate specialitățile medicale sunt importante și indispensabile unui ecosistem medical performant, sacrificiile personale pe care trebuie să le facă un rezident pentru a se forma, de exemplu, într-o specialitate chirurgicală, sunt mai mari decât în cazul altor specialități. Nu știe în ce măsură „sacrificiu“ este cuvântul potrivit, dat fiind faptul că se discută despre o alegere și nu o decizie impusă, dar realitatea este că e nevoie de un crez personal și o afinitate aparte, pentru a parcurge pregătirea de rezidențiat în anumite specialități.

„Dacă se adaugă și nerecunoașterea timpului de muncă pe parcursul gărzilor pentru medicii rezidenți, incertitudinea unui loc de muncă la finalizarea rezidențiatului sau comportamentul abuziv al unor coordonatori, balanța poate înclina ușor spre specialități care permit mai multe momente de respiro. De asemenea comunicarea este o componentă cheie în viața de zi cu zi a unui medic. În clinică trebuie să comunici pe subiecte complexe, greu de înțeles pentru pacienți și aparținători, și trebuie să poți transmite, cu empatie, vești care schimbă complet lumea unui om. Specialitățile de laborator pot fi un răspuns pentru cei care doresc să evite acest tip de interacțiune. Desigur, sunt un răspuns și pentru cei pasionați de domeniul respectiv și subliniez că anatomopatologia, medicina de laborator ori imagistica medicală sunt specialități fără de care medicina modernă nu ar fi posibilă. Performanța medicală în anumite specialități poate să difere de la un centru universitar la altul. Scopul rezidențiatului este să formeze specialiști bine pregătiți, astfel că alegerea unei specialități poate fi influențată și de accesul la mentori sau echipe medicale performante“, este opinia medicului rezident.

Pediatria, provocări imense, dar și joacă la serviciu

Parcursul lui spre pediatrie a fost influențat și de întâlnirea cu conf. univ. dr. Magdalena Stârcea, sub îndrumarea căreia a lucrat la teza de licență. Tudor îi mulțumește de fiecare dată când are ocazia deoarece consideră că a fost un mentor atât din punct de vedere medical, cât și din punctul de vedere al desfășurării relației medic-pacient.

„Cred că suntem datori să oferim celor mici un start bun în viață și o putem face prin îmbogățirea copilăriei lor. Dacă știi să intri în lumea copiilor, din care noi, ca adulți, nu cred că ar trebui să plecăm definitiv vreodată, te întâmpină bucuria, entuziasmul și speranța. Pediatria e o specialitate aparte prin prisma dualității acesteia. Oferă medicului provocări profesionale imense, dar și posibilitatea de a se juca la serviciu. În ciuda acestor lucruri frumoase, bineînțeles că și în pediatrie ești părtaș la multă suferință și nedreptate, frecvent amplificate în contextul în care și familia copilului se află, sub o formă sau alta, în grija noastră“, a spus Tudor.

El crede că medicii rezidenți sunt esențiali în activitatea spitalelor terțiare din România care nu ar putea funcționa în absența acestora. Pe parcursul pregătirii, aceștia îngrijesc pacienții, iau decizii terapeutice sub îndrumarea și aprobarea medicilor titulari și asigură funcționarea imensei mașinării birocratice dintr-un spital cu sute de paturi.

„Gărzile sunt lungi, provocatoare și obositoare. Dacă marți sunt de gardă, însumând programul de lucru cu orele de gardă, înseamnă că ajung la spital la ora 7.00 dimineața și plec acasă a doua zi, în jurul orei 13.00. Orele de gardă nu sunt remunerate pentru medicii rezidenți care asigură linia a II-a de gardă și nu sunt înregistrate nici ca vechime în muncă. În ciuda acestor aspecte abuzive, generate fie de lacune legislative, fie de lipsa punerii în practică a cadrului legal, ne continuăm activitatea din gărzi pentru că pe parcursul lor acumulăm multă experiență, ne dezvoltăm aptitudinile și continuăm să avem grijă de pacienții noștri. Mă gândesc acum ce înseamnă o gardă grea la noi. E greu când ai «mâinile legate». Când un adolescent bolnav oncologic terminal este transferat din teritoriu și moare odată ajuns în spitalul nostru pentru că nu există suficiente centre de îngrijiri paliative în fiecare județ, unde copii ca el să poate să-și trăiască ultimele zile feriți de suferința agonizată, aproape de familie și nu la Iași“, a spus medicul.

Va merge la specializare în Franța, dar nu vrea să rămână acolo

Pe mai departe, își propune să crească profesional. Să se reîntoarcă în Franța pentru un stagiu scurt de pediatrie. Povestește că a fost acolo 6 luni în 2020, ca student în Grenoble, dar vrea să continue să profeseze în România, pentru că știe că poate face performanță aici, dovadă fiind echipa în care s-a integrat, care reprezintă un model de cooperare.

„Le mulțumesc tuturor celor alături de care lucrez, doar întâmplarea face ca eu să fiu intervievat aici, dar adevărul este că în medicină nu poți fi singur și că pentru un medic tânăr, susținerea din partea echipei medicale este esențială“, este opinia medicului rezident.

Dacă ar putea să schimbe ceva Tudor se gândește la o reformă a învățământului medical cu o regândire a examenului de licență și a rolului pe care îl poate juca un absolvent de medicină, care nu a susținut concursul de rezidențiat, în asigurarea asistenței medicale primare.

În al doilea rând, componenta birocratică a sistemului medical românesc este caracterizată de redundanță, care ar putea fi diminuată cu relativă ușurință, ca de exemplu prin uniformizarea practicilor birocratice între spitale, respectiv digitalizarea, de-o manieră inteligentă, a fluxului de lucru.

„Ce aș schimba, înaintea oricăror reforme dependente de voința politică, aspecte economice sau juridice? Este atitudinea față de suferință. Uneori, încrederea pacientului este trădată, inconștient, de gesturi sau vorbe ale personalului dintr-un spital. Desigur, există circumstanțe atenuante, dar cred că nimic nu justifică atitudinea zeflemitoare, iar pentru ca noi să putem avea pretenții din partea pacienților și aparținătorilor, e nevoie să fim un exemplu. Iar când vine vorba de copii, trebuie să fim chiar mai mult, partenerii lor de joacă, în trecerea prin suferință. Așadar, să creștem binele din noi și schimbarea va urma“, a concluzionat Tudor-Ilie Lăzăruc.

Rezidențiatul în medicina de familie a adus-o pe Carmelia Musteață de la Cernăuți la Iași

un domeniu cu relații „construite pe încredere și respect“

Ina DUMITRESCU

Carmelia Musteață s-a născut în Cernăuți, iar la ora actuală este medic rezident anul 4 în Iași. Întotdeauna a fost pasionată de știință și de dorința de a ajuta oamenii. În copilărie și-a dorit să înțeleagă cum funcționează corpul uman și cum poate ea să intervină pentru a îmbunătăți starea de sănătate a celor din jur. Acesta a fost un impuls puternic care a îndemnat-o spre o carieră în domeniul medical.

Un alt motiv important în alegerea profesiei a fost interesul ei constant pentru învățătură și pentru cercetarea științifică. Consideră că domeniul medical este în continuă schimbare, iar acest lucru o atrage foarte mult și îi permite să învețe mereu lucruri noi și să aplice cunoștințele acumulate pentru a ajuta pacienții. A terminat Facultatea de Medicină din cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa“ din Iași în anul 2020. Dar era doar începutul.

„Pregătirea pentru examenul de rezidențiat a fost o provocare majoră, dar și o oportunitate de a-mi testa limitele și disciplina. Am început cu aproximativ șase luni înainte, lucrând zilnic pe un plan structurat. Am folosit manualele oficiale și am făcut numeroase grile, concentrându-mă pe înțelegerea conceptelor și nu doar pe memorare. Una dintre cele mai mari dificultăți a fost să mențin un echilibru între studiu și odihnă, dar am reușit să gestionez acest aspect cu ajutorul unei rutine bine definite. De asemenea, faptul că am lucrat cu alți colegi m-a ajutat să rămân motivată. În final, pregătirea mi-a oferit nu doar cunoștințe solide, ci și încredere că pot face față provocărilor viitoare“, a povestit Carmelia Musteață.

Carmelia Musteață

A știut de la început că va alege medicina de familie

Medicul rezident a povestit că înainte de examen a avut emoții puternice, dar a încercat să le gestioneze concentrându-se pe respirație și pe gândul că a făcut tot ce era posibil pentru a se pregăti. Subiectele i s-au părut bine structurate, unele întrebări au fost mai ușoare decât se aștepta, iar altele mai dificile, necesitând mai multă atenție și logică medicală.

„Atmosfera în sală a fost încărcată, dar și motivantă, văzându-mi colegii cum își dau toată silința. După examen, am simțit o mare ușurare și un sentiment de mândrie că am reușit să trec peste acest moment crucial“, a spus Carmelia Musteață.

A ales medicina de familie pentru că și-a dorit să fie aproape de oameni, să îi ajute să își mențină sănătatea și să construiască relații bazate pe încredere și respect.

„Această specialitate îmi oferă ocazia de a lucra cu pacienți de toate vârstele, ceea ce o face extrem de diversă și provocatoare. În plus, rolul preventiv al medicinei de familie mi se pare esențial pentru un sistem medical eficient și sustenabil. Cred că medicina de familie mă reprezintă cel mai bine, deoarece îmi permite să combin cunoștințele medicale cu empatia și comunicarea, oferind pacienților nu doar tratament, ci și sprijin pe termen lung“, și-a explicat alegerea Carmelia Musteață.

Pentru ea, a fi medic rezident în medicina de familie, înseamnă să îmbine teoria cu practica, să învețe să își cunoască pacienții ca pe niște persoane, nu doar ca pe niște cazuri clinice și să se pregătească pentru a deveni un sprijin real pentru comunitatea sa.

„Rezidentul în medicină de familie trebuie să învețe să abordeze pacienții dintr-o perspectivă integrativă, combinând cunoștințe din diverse specialități precum pediatrie, ginecologie, geriatrie, psihologie. Ei sunt implicați direct în consultații, prevenție, educație medicală și urmărirea pe termen lung a pacienților. În timpul rezidențiatului am avut oportunitatea să învăț cum să gestionez atât cazuri cronice, precum hipertensiunea, cât și urgențe minore sau probleme preventive“, a povestit Carmelia Musteață.

„Medicul rezident are un rol fundamental în sistemul medical actual, dar statutul său rămâne uneori ambiguizat“

Ea crede că această concurență mare pe anumite specialități care se înregistrează an de an la rezidențiat este determinată de combinația dintre prestigiul perceput, veniturile potențiale, condițiile de muncă și numărul limitat de locuri. Pe de altă parte, specialitățile cu cerere redusă sunt adesea influențate de un dezechilibru între volumul de muncă, remunerație și atractivitatea generală a domeniului. Această dinamică, crede Carmelia Musteață, reflectă atât preferințele personale ale candidaților, cât și tendințele pieței medicale.

„Am făcut rezidențiatul în cabinetul doamnei dr. Mihaela Năstasă. Colaborarea cu dumneaei este o experiență valoroasă. Este un medic extrem de bine pregătit, care își dedică timpul pentru a oferi atât pacienților, cât și colegilor sprijinul necesar. Este un medic dedicat, cu o vastă experiență, care își dorește să ofere pacienților cele mai bune soluții. În plus, atmosfera creată de dânsa în cadrul echipei este una calmă și motivantă, ceea ce contribuie la o colaborare eficientă și la dezvoltarea mea profesională. Am apreciat mereu deschiderea sa de a împărtăși cunoștințe și de a mă ghida în momentele mai dificile. Are o manieră pedagogică ce mă ajută să înțeleg mai bine cazurile complexe“, a povestit medicul rezident.

Carmelia Musteață a subliniat faptul că medicul rezident este privit uneori în activitățile medicale ca un „ajutor“ mai degrabă decât ca un profesionist în formare. Totuși ea crede că schimbările recente din sistem, precum creșterea salariilor și introducerea unor cursuri de formare suplimentară, arată o tendință pozitivă de recunoaștere a importanței medicilor rezidenți.

Ce se poate îmbunătăți?

Carmelia Musteață crede că în România se pot aduce îmbunătățiri în rolul rezidentului în echipa medicală și în condițiile de muncă. De asemenea ea crede că ar trebui reduse sarcinile care nu contribuie la pregătirea profesională a acestora.

Creșterea accesului rezidenților la programe de formare practice și teoretice și asigurarea unei supervizări mai atente și constructive sunt alte aspecte care, în opinia Carmeliei Musteață, ar putea fi îmbunătățite.

„Dacă aș avea puterea să schimb ceva în sistemul medical românesc, aș începe prin îmbunătățirea condițiilor de muncă pentru personalul medical, modernizarea infrastructurii și crearea unui mediu care să motiveze cadrele medicale să rămână în țară. În paralel, aș reforma educația medicală, oferind mai multe oportunități de formare practică și acces la tehnologii moderne. Un alt aspect crucial ar fi creșterea accesului pacienților la servicii medicale de calitate, în special în zonele rurale, unde inegalitățile sunt mari. Nu în ultimul rând, aș promova un mediu bazat pe respect și colaborare între cadrele medicale, pacienți și autorități, pentru a construi un sistem în care toți să simtă că sunt sprijiniți și valorizați“, a spus Carmelia Musteață.

Ce înseamnă un regim alimentar echilibrat pentru vârstnici?

Dietetician Camelia Iuliana Sfarti, Arcadia: Alimentația vârstnicului trebuie să fie **regulată, echilibrată, apetisantă, într-un cadru plăcut și adaptată nevoilor personale.** Factorul primordial este **densitatea nutrițională** și nu cea calorică, pentru că vârstnicul are o priză alimentară scăzută și ceea ce mănâncă ar trebui să aibă o valoare nutrițională cât mai ridicată.

Asigurarea varietății alimentare este importantă pentru menținerea plăcerii de a mânca.

Nu se interzic nejustificat diverse alimente, trebuie integrate în meniul zilnic și alimente care le plac cu adevărat, chiar dacă acestea nu sunt foarte nutritive.

Aportul proteic corespunzător este esențial pentru prevenirea pierderii de masă musculară (sarcopenie)**.** Pentru vârstnicii fără probleme de sănătate este recomandat un aport proteic zilnic între 1,0 g și 1,2 g de proteine/kg corp. Pentru cei care au sarcopenie sau alte afecțiuni cronice, necesarul poate fi și mai mare. Este important ca proteinele să fie distribuite uniform pe parcursul zilei, la fiecare masă principală, pentru a sprijini sinteza proteică.

Sursele de proteine de calitate de origine animală includ: carne slabă, pește și fructe de mare, ouă și lactate cu conținut redus de grăsimi.

Proteinele de origine vegetală se regăsesc în leguminoase, fasole, tofu și tempeh, nuci și semințe, quinoa, produse din cereale integrale.

45-65% din necesarul energetic este reprezentat de glucide, de preferat cele complexe din cereale integrale (ovăz, quinoa, orez brun, bulgur), pâine și paste integrale, leguminoase, cartofi dulci și alte legume rădăcinoase. Fructele bogate în fibre sunt o sursă bună de glucide naturale, conțin vitamine și minerale.

Dulciurile concentrate ar trebui limitate deoarece pot provoca creșteri rapide ale glicemiei și pot duce la creșterea în greutate, diabet și alte probleme de sănătate, pentru că apare alterarea metabolismului glucidic la bătrâni și scăderea toleranței la glucoză.

Vârstnicii care au intoleranță la lactoză nu trebuie să elimine complet lactatele, putând alege produsele lactate fermentate care nu mai conțin lactoză sau produse tratate cu lactază.

Din cauză că se înregistrează o creștere a nivelului seric de colesterol odată cu vârsta, **trebuie scăzut aportul lipidelor saturate, precum și aportul de colesterol.** Grăsimile sunt esențiale în dieta vârstnicilor, dar trebuie să fie de tipul potrivit și consumate în cantități adecvate pentru a da gust mâncării și pentru a asigura sănătatea cardiovasculară.

Alegerea unor **alimente bogate în calciu** este foarte importantă pentru asigurarea unui minim de 1200 mg/zi (ex. produse lactate proaspete).

Se recomandă **reducerea consumului de sare și poate fi necesară suplimentarea dietei cu potasiu și magneziu.**

Fierul este foarte important la vârstnic, așadar trebuie suplimentată dieta cu alimente care conțin fier heminic (carne, organe, cereale îmbogățite cu fier etc.).

Vitamina B12 poate fi deficitară din cauza modificărilor fiziologice sau patologice gastrointestinale. Se recomandă produse îmbogățite cu B12 (cereale, produse de soia).

Hidratarea trebuie asigurată cât mai bine prin consumul de lichide neîndulcite, cel puțin 30-35 ml/kg corp, cu suplimentare în caz de febră, diaree.

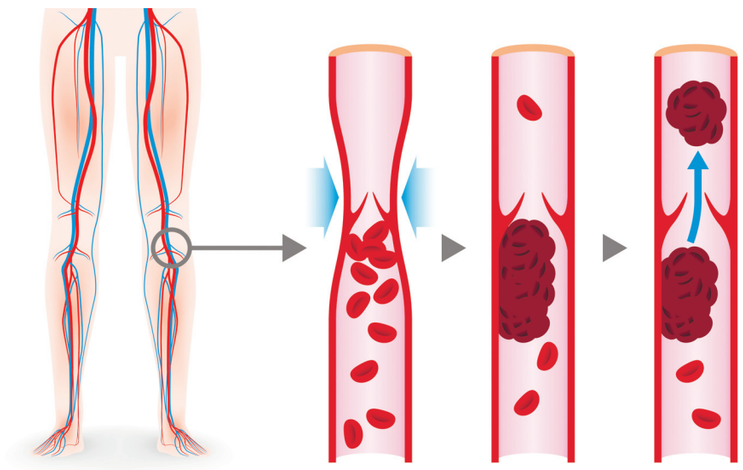
Suplimentele vitaminice și minerale se administrează doar după evaluare biochimică.

Puteți programa o consultație de Nutriție și dietetică la numărul de telefon **0232 920, Call Center Arcadia.**

Tromboza venoasă profundă poate provoca embolie pulmonară

Marcela Popa, Iași: *Tatăl meu are 67 de ani, locuiește în Tg. Frumos și, de mai bine de un an, are probleme cu piciorele. Se înroșesc și se încălzesc anumite zone de la picioare și are dureri. A fost văzut de un medic de acolo care i-a spus că cel mai probabil are tromboflebită și că ar fi bine să fie văzut de chirurg vascular, deoarece există pericolul să facă tromboză venoasă. Nu știu dacă are importanță dar tatăl meu fumează zilnic câte 20-30 de țigări.*

Prof. Univ. Dr. Radu Florin Popa, Șef Clinică Chirurgie Vasculară: „Cu o trimitere de la un medic din Tg. Frumos, tatăl dumneavoastră poate veni la Clinica de Chirurgie Vasculară, pentru a fi investigat. Și da, faptul că tatăl dvs fumează atât de mult este important, fumatul reprezentând una dintre posibilele cauze ale apariției tromboflebitei și a trombozei venoase.



Tromboflebita reprezintă o inflamație a peretelui venos , asociată cu formarea unuia sau mai multor cheaguri de sânge. Ea apare, de obicei, în venele picioarelor, dar se poate manifesta și într-un braț sau în alte părți ale corpului. Afecțiunea provoacă durere și iritații și poate bloca fluxul de sânge în vene.

Venele afectate pot fi aproape de suprafața pielii (tromboflebită superficială) sau adânc în interiorul unui mușchi (tromboză venoasă profundă - TVP). Spre deosebire de TVP, o tromboză venoasă superficială are un risc mai redus să provoace complicații grave, cum ar fi embolia pulmonară.

Tromboflebita cu cheagurile de sânge, se pot forma în vene din mai multe motive: leziunea peretelui venos, tulburare moștenită de coagulare a sângelui; imobilizare pentru perioade îndelungate de timp: drumuri lungi cu mașina sau cu avionul, spitalizare, imobilizarea unui membru după o fractură.

Riscul de apariție a tromboflebitei se manifestă la aproximativ 10% din populație, dar afecțiunea este mai frecventă la anumite categorii de pacienți: cei cu vârsta peste 60 de ani; femeile însărcinate sau care au născut recent; persoanele care au suferit recent o intervenție chirurgicală; pacienții cu cancer, insuficiență cardiacă sau insuficiență respiratorie; persoanele obeze; pacienții cu vene varicoase sau alte boli venoase; fumătorii; persoanele sedentare; femeile care urmează tratament cu anticoncepționale orale; persoanele care urmează un tratament cronic hormonal; pacienții cu antecedente repetate de tromboflebită sau de tromboză venoasă profundă.

În zona inflamației din tromboflebita superficială apar rapid durerea și edemul: pielea devine roșie, iar zona se simte caldă și este foarte sensibilă la palpare. Deoarece sângele din venă este coagulat, vena se simte ca un cordon dur sub piele.

Fiind afecțiuni cu evoluție și tratament diferit, deși sunt asemănătoare, există diferențe între simptomele din tromboza venoasă superficială și cea profundă. Aceste diferențe pot fi sesizate de pacient, care trebuie să se prezinte la medicul specialist de chirurgie vasculară pentru ca diagnosticul să fie sigur.

Semnele și simptomele tromboflebitei superficiale includ: căldură, sensibilitate și durere în zona afectată; roșeață și edem local.

Semnele și simptomele trombozei venoase profunde includ: durere și edem sticlos al unui segment al membrului inferior.

De aceea este recomandat să fie consultat imediat medicul dacă observam o venă înroșită, umflată sau dureroasă. De asemenea, dacă apar dificultăți de respirație sau dureri în piept, tuse sau febră, semne care pot sugera o embolie pulmonară, este neapărat necesar să vă adresați unui medic specialist de chirurgie vasculară sau chiar unui serviciu de urgență.

Pentru diagnosticul de tromboflebită, medicul se va interesa despre simptome și va evalua venele afectate din apropierea suprafeței pielii iar pentru a determina dacă este vorba despre tromboflebită superficială sau tromboză venoasă profundă se va recomanda o ecografie Doppler venoasă. Această examinare poate confirma diagnosticul și poate face distincția între tromboflebita superficială și TVP.

Pentru tromboflebita superficială se poate recomanda aplicarea unor comprese cu gheață sau alcool medicinal în zona dureroasă, ridicarea piciorului afectat pe o pernă și utilizarea unui medicament antiinflamator.

De asemenea, pentru ambele tipuri de tromboflebită pot fi prescrise următoarele tratamente:

- medicamente anticoagulante: pot ajuta la prevenirea evoluției cheagurilor; tratamentul poate fi recomandat pentru o perioadă de câteva luni. Uneori, aceste medicamente pot provoca sângerări excesive, astfel că trebuie să urmați întotdeauna cu atenție instrucțiunile medicului;
- medicamente pentru dizolvarea cheagurilor: acest tratament se administrează doar în servicii specializate, prin internare.

Alte măsuri recomandate în tratamentul tromboflebitei: **ciorapi compresivi**: ajută la reducerea edemului și a riscurilor de embolie pulmonară; **creme cu efect antiinflamator**: ajută la reducerea durerilor locale; **tratament chirurgical al venelor varicoase**: procedura presupune îndepărtarea unei vene prin incizii mici, se face la indicația medicului de specialitate chirurgie vasculară, după confirmarea diagnosticului, prin examen clinic și ecografie Doppler vasculară și se efectuează în servicii specializate de chirurgie vasculară; **stil de viață sănătos** cu combaterea sedentarismului, scăderea în greutate, renunțarea la fumat.

Toate aceste măsuri vor ameliora simptomele, dar este absolut necesar ca pacienții să consulte cât mai repede un chirurg vascular, deoarece doar acesta poate stabili diagnosticul și cel mai bun tratament pentru fiecare pacient.

Riscul de apariție a complicațiilor în tromboflebita superficială este redus. În cazul trombozei venoase profunde, riscul este mai mare, iar complicațiile pot fi mai grave: **embolie pulmonară**: o parte a unui cheag de sânge se poate deplasa la plămâni, unde poate bloca o arteră (embolie); **sindrom post-trombotic**: poate să apară după câteva luni sau chiar ani de la un episod de tromboză venoasă profundă și este evoluția firească a unei TVP chiar dacă a fost tratată corect.

Tromboflebita poate fi prevenită adoptând câteva schimbări în stilul de viață: pauze regulate de mers și stretching, în cazul muncii îndelungate la birou sau al drumurilor lungi cu mașina sau cu avionul; respectarea cu strictețe a tratamentului cu anticoagulante prescris de medic; respectarea recomandărilor medicului referitoare la aportul de vitamine și minerale; activitatea fizică regulată; monitorizarea greutății: obezitatea predispune la o serie de boli cronice, care sunt factori de risc pentru tromboza venoasă; renunțarea la fumat; hidratarea adecvată; alimentația echilibrată:

Plimbările zilnice pot determina o foarte bună mobilizare a sângelui în ambele sisteme superficial și profund și pot evita astfel complicațiile acestei patologii“.

Salmonella, bacteria care „produce boli“, ar putea ajuta la tratarea cancerului colorectal

Bacteria Salmonella ar putea fi utilizată pentru tratarea cancerului colorectal (intestinal), speră oamenii de știință. O nouă cercetare a descoperit că bacteria reduce o proteină cheie de care celulele imunitare ale organismului au nevoie pentru a funcționa. Se speră ca recentele descoperiri să poată depăși această problemă și să ajute la „eliberarea întregului potențial“ al utilizării bacteriei pentru combaterea cancerului.

Salmonella ar putea fi modificată pentru a ajuta la combaterea cancerului intestinal, după ce oamenii de știință au identificat modul în care bacteria împiedică celulele imunitare proprii ale organismului să atace boala.

Se știe de ceva vreme că salmonela ar putea ajuta la combaterea cancerului, însă atunci când a fost utilizată în terapii nu a fost atât de eficientă pe cât se spera.

Acum, cercetătorii au descoperit că salmonela a diminuat o proteină-cheie de care celulele imunitare ale organismului au nevoie pentru a funcționa.

Terapia bacteriană împotriva cancerului a fost un subiect de interes științific încă din secolul al XIX-lea, dar riscurile pentru sănătate au împiedicat-o să fie explorată în continuare, deși a condus la dezvoltarea cercetării în domeniul imunoterapiei.

Progresele în domeniul modificării genetice, pentru a face bacteriile sigure, au dus la creșterea interesului științific, pe fondul unor descoperiri recente ale cercetătorilor din Glasgow și Birmingham, finanțați de Cercetarea cancerului UK, care speră că salmonela, bacteria care „cauzează boli“ ar putea fi utilizată pentru a combate cancerul intestinal.

Tratamentele bacteriene au avut un succes limitat deoarece, deși au un efect supresor asupra creșterii celulelor tumorale, ele suprimă și o parte a sistemului imunitar care este esențială pentru combaterea tumorilor.

O nouă cercetare pe șoareci a identificat mecanismul care determină suprimarea sistemului imunitar și oferă o soluție.

Cercetarea, publicată în revista EMBO Molecular Medicine, a studiat răspunsul celulelor T la o formă sigură de salmonella, special creată la șoarecii cu cancer colorectal.

Cercetătorii au descoperit că salmonella împiedică celulele T, celule imunitare cheie care ajută la protejarea organismului împotriva infecțiilor și a cancerului, să își facă treaba și să oprească celulele canceroase colorectale.

Oamenii de știință au descoperit că salmonela a epuizat un aminoacid, asparagina, care suprimă creșterea tumorilor, dar a suprimat și celulele T, prin oprirea proceselor metabolice ale acestora.

Ei consideră că salmonela ar putea fi modificată în continuare pentru a lucra alături de sistemul imunitar, astfel încât celulele T să poată ataca celulele canceroase alături de bacterii, urmând să fie întreprinse cercetări suplimentare.

„Știm că salmonela atenuată și alte bacterii au puterea de a combate cancerul, însă până acum nu se știa de ce nu se dovedeau la fel de eficiente pe cât ar trebui să fie. Cercetările noastre au descoperit că bacteria atacă un aminoacid numit asparagină, care este esențial pentru ca celulele T să fie activate“, a declarat cercetătorul principal, **dr. Kendle Maslowski**, de la Institutul de Cercetare a Cancerului al Universității din Glasgow.

Cercetătorii speră că aceste cunoștințe ar putea permite ca bacteriile să fie modificate pentru a nu ataca asparagina, permițând celulelor T să acționeze împotriva celulelor tumorale, conducând la noi tratamente eficiente pentru cancer.

„Terapiile bacteriene sunt o modalitate interesantă de a trata cancerul prin înfometarea tumorilor, respectiv restricționarea substanțelor nutritive vitale. Un mister de lungă durată a fost de ce celulele T, care sunt esențiale pentru combaterea cancerului, nu funcționează optim în timpul acestui tratament“, a comentat primul autor, **dr. Alastair Copland**, cercetător în imunologie la Universitatea din Birmingham.

„Acum am identificat proteina responsabilă pentru acest lucru și am identificat o țintă genetică interesantă care ne-ar putea ajuta să eliberăm întregul potențial al acestei terapii. Este deosebit de îmbucurător să transformăm un microb cauzator de boli precum salmonela într-unul care combate cancerul“, a precizat omul de știință, potrivit *The Independent*.

Terapiile bacteriene nu au devenit mainstream în ciuda progreselor masive pe care cercetătorii le fac cu imunoterapiile care folosesc sistemul imunitar al propriului organism pentru a ataca cancerul, dar puterea bacteriilor este recunoscută de mult timp ca având un potențial semnificativ de a aborda boala, iar această recentă evoluție interesantă ar putea duce la tratamente mai eficiente pentru pacienții cu cancer colorectal și alte tipuri de cancer în viitor, spun autorii, care vor continua cercetările în acest domeniu.

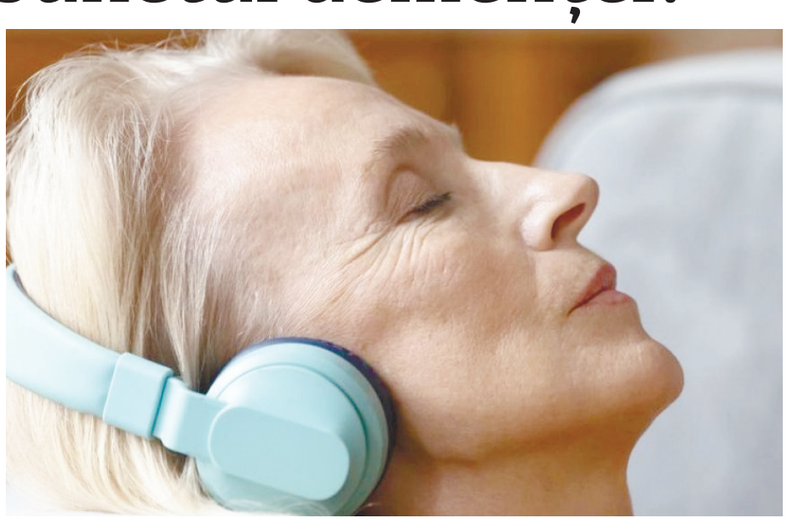
Dispozitiv dezvoltat pentru a detecta sunetul demenței?

O recentă descoperire ar putea revoluționa detectarea timpurie a bolii Alzheimer. Cercetătorii analizează modul în care niște simple microfoane pentru urechi ar putea detecta semnele de avertizare ale acestei afecțiuni devastatoare cu ani înainte ca medicii să diagnosticheze boala în mod obișnuit. Depistarea precoce rămâne una dintre cele mai mari provocări în lupta împotriva bolii, deoarece simptomele se dezvoltă adesea treptat pe parcursul mai multor ani înainte de a deveni vizibile.

Oameni de știință de la École de Technologie Supérieure și de la Universitatea Dartmouth dezvoltă o tehnologie care ascultă sunetele subtile produse de mișcările ochilor - sunete care ar putea dezvălui semnele timpurii ale declinului cognitiv.

„Mișcările ochilor sunt fascinante, deoarece sunt unele dintre cele mai rapide și precise mișcări din corpul uman, astfel încât se bazează atât pe abilități motorii excelente, cât și pe funcționarea cognitivă“, explică cercetătorul **Arian Shamei** într-un comunicat.

Cercetarea, prezentată la cea de a 187-a reuniune a Acoustical Society of America (ASA), care s-a desfășurat între 18 - 22 noiembrie, se concentrează asupra mișcărilor oculare involuntare numite *sacade* - mișcările rapide ale ochilor produse în timp ce scanăm mediul din jur. La persoanele cu Alzheimer, cea mai frecventă formă de demență, aceste mișcări devin mai lente și mai puțin precise, putând constitui un semn de avertizare timpurie a bolii.



În timp ce aceste modificări au necesitat în mod tradițional echipamente scumpe de urmărire a ochilor pentru a fi detectate, echipa de cercetare crede că a găsit o soluție mai simplă.

„Folosim un dispozitiv auditiv“, spune **Miriam Boutros**, care a prezentat cercetarea. ***„Este o cască cu microfoane intraauriculare care captează semnale fiziologice din corp. Scopul nostru este să dezvoltăm algoritmi de monitorizare a sănătății pentru dispozitivele auditive, capabili de monitorizare continuă, pe termen lung și de detectare precoce a bolilor“***, a precizat ea.

Știința din spatele acestei abordări este surprinzător de simplă. Atunci când ochii se mișcă, se creează mici vibrații în timpane pe care microfoanele sensibile le pot detecta.

Cercetătorii efectuează în prezent experimente în care voluntarii poartă atât aceste căști speciale, cât și echipamente tradiționale de urmărire a ochilor, ceea ce le permite să identifice semnalele din urechi care corespund mișcărilor normale ale ochilor și care ar putea indica probleme neurologice.

Această cercetare ar putea fi deosebit de importantă având în vedere că boala Alzheimer afectează peste 50 de milioane de persoane din întreaga lume, numărul acestora crescând în fiecare an. Depistarea precoce rămâne una dintre cele mai mari provocări în lupta împotriva bolii, deoarece simptomele se dezvoltă adesea treptat pe parcursul mai multor ani înainte de a deveni vizibile.

În viitor, această tehnologie ar putea fi încorporată în dispozitivele de zi cu zi, cum ar fi căștile fără fir, oferind o monitorizare continuă și neinvazivă a semnelor timpurii ale afecțiunilor neurologice.

„În timp ce proiectul actual se concentrează pe monitorizarea pe termen lung a maladiei Alzheimer, în cele din urmă, am dori să abordăm și alte boli și să fim capabili să le diferențiem pe baza simptomelor care pot fi urmărite prin semnale în urechi“, notează Shamei.

Deși cercetarea se află încă în stadiu incipient, reprezintă o abordare inovatoare pentru detectarea uneia dintre cele mai dificile boli umane - potențial folosind o tehnologie care ar putea fi la fel de accesibilă ca și simplele căști de buzunar.

Sindromul ochiului uscat poate fi ameliorat cu lacrimi artificiale

***Sorina Colceag, 34 ani, Roman**: De câteva luni am în permanență senzația aceea de nisip în ochi, văd ca prin ceață și simt nevoia să clipesc pentru a mi se clarifica imaginea. Mă ustură ochii, îi simt uscați, mă frec la ochi, iar după ce o fac, ochii sunt și mai roșii și încep să lacrimeze excesiv. Nu știu ce să fac, mai ales că eu sunt tester la o firmă și lucrez zilnic pe calculator câte 8-10 ore. Am renunțat la make-up, îmi clătesc frecvent ochii cu apă rece, dar nici acest lucru nu mă ajută semnificativ. Mi-aș dori să știu dacă pot lua medicamente care să rezolve această situație care mă deranjează din ce în ce mai mult.*

***As. Univ. Dr. Anisia Iuliana Alexa, medic primar oftalmolog, Clinica de Oftalmologie, Spitalul Clinic de Urgențe „Sf. Spiridon", Iași**:* „Sindromul de ochi uscat este o afecțiune care se întâlnește din ce în ce mai des în cazul tinerilor, dar și al celor care își petrec mare parte din zi privind concentrați la laptop, telefon, tabletă. Dacă în urmă cu mai mulți ani sindromul de ochi uscat era legat de înaintarea în vârstă, actualmente schimbarea stilului de viață și a condițiilor de lucru fac ca această patologie să debuteze la vârste din ce în ce mai fragede.

Sindromul ochiului uscat se datorează unui dezechilibru rezultat prin producția inadecvată a lacrimilor din punct de vedere calitativ și/sau cantitativ și evaporarea precoce a filmului lacrimal din cauza unor particularități locale care țin de pleoape, suprafața oculară sau din cauza condițiilor de mediu. Dintre acestea, atât studiile clinice, cât și pacienții noștri incriminează aerul uscat, ventilație excesivă, în special când își petrec mai mult timp într-o încăpere în care funcționează aerul condiționat, expunerea la vânt, praf. Fumatul poate reprezenta un factor important în apariția acestei suferințe.

De asemenea, așa cum dumneavoastră ați menționat în întrebarea relatată, ecranul televizorului sau utilizarea în exces a laptopului și a telefonului, poate conduce la apariția *computer vizion syndrome* care include și semnele și simptomele sindromului de ochi uscat. Atunci când priviți spre ecranul televizorului sau lucrați la calculator clipiți mai rar, ceea ce poate înrăutăți problema ochilor uscați.

O serie de factori sistemici pot induce sau agrava sindromul de ochi uscat, de exemplu la femei modificările parametrilor hormonali în circumstanțe precum menopauza sau tratamentele hormonale de substituție sau contraceptivele orale. Alte medicamente care pot influența sindromul de ochi uscat sunt cele antihipertensive, antihistaminice, analgezice, estrogenii, citostaticele, antiaritmicele, psihotrope, antimigrenoase sau agenții anticolinergici.

O serie de patologii sistemice pot fi incriminate precum cele ale glandei tiroide sau deficitul vitaminei A sau patologii autoimune precum poliartrita reumatoidă, lupusul, sclerodermia. În cazul bolilor autoimune simptomele sindromului de ochi uscat pot preceda alte simptome generale.

Practic, ce se întâmplă? Sindromul de ochi uscat este determinat de disfuncții ale sistemului de lubrifiere oculară. Glandele lacrimale principale localizate în cadranul supero-extern al orbitei produc componenta apoasă a lacrimilor care se distribuie uniform pe suprafața oculară formând filmul lacrimal. În componența filmului lacrimal se regăsește și mucus care favorizează aderența acestuia de suprafața oculară și lipide care previn evaporarea precoce. La fiecare clipit, filmul lacrimal se reînoiește și se redistribuie uniform, în timp de excesul este drenat prin punctele lacrimale localizate în partea internă a pleoapelor superioară și inferioară și, mai departe, în căile lacrimale. Pentru producerea sindromului de ochi uscat poate fi incriminată o rată mai redusă a clipitului (ca în cazul în care privim excesiv spre ecranul computerului), o secreție lacrimală insuficientă sau inadecvată din punctul de vedere al compoziției sau o evaporare excesivă (prin secreția insuficientă a componentei lipidice din filmul lacrimal, prin închiderea inadecvată a pleoapelor sau din cauza unui mediu uscat intens ventilat).

Principalele semne și simptome pe care le acuză persoanele care ajung la medic și sunt apoi diagnosticate cu sindromul de ochi uscat sunt: senzația de uscăciune, de nisip/corp străin în ochi, de prurit sau arsură la nivelul ochilor care se amplifică seara, fotosensibilitate, scăderea acuității vizuale. De regulă, simptomele sunt bilaterale și ochii pot fi roșii pentru că uscăciunea este adeseori însoțită de inflamația suprafeței oculare. Un simptom adeseori controversat al sindromului de ochi uscat este lăcrimarea excesivă, în ciuda producției unui volum considerabil de lacrimi este posibil ca structura acestora să fie inadecvată. De regulă, lăcrimarea este întâlnită dimineața și mai ales iarna la diferențe de temperatură.

Diagnosticul este stabilit în urma unui consult de către medicul oftalmolog. Acesta va realiza o examinare completă a suprafeței oculare și va realiza o serie de teste care pot oferi informații calitative și cantitative cu privire la filmul lacrimal. Printre acestea voi menționa două cele mai frecvent utilizate și anume timpul de rupere a filmului lacrimal și testul Schirmer. Timpul de rupere al fimului lacrimal se testează instilând pe suprafața oculară o picătură dintr-o substanță galbenă numită fluoresceină, iar la microscop cu ajutorul unei lumini albastre medicul oftalmolog evaluează distribuția acestei substanțe amestecată cu filmul lacrimal pe suprafața oculară. Testul Schirmer evaluează cantitativ secreția de lacrimi, o mică bandă din hârtie de filtru de dimensiune standardizată este plasată în contact cu pleoapa inferioară absorbind lacrimile timp de 5 minute, iar la final se evaluează gradul de umidifiere al benzilor de hârtie.

Simptomele sindromului de ochi uscat pot fi ameliorate cu ajutorul lacrimilor artificiale bogate în hialuronat de sodiu și alte componente cu rol în lubrifiere. Lacrimile artificiale fără conservanți pot fi folosite la nevoie pe termen lung. Purtătorii de lentile de contact vor fi îndrumați de către medicul oftalmolog pentru a alege un tip de lacrimi artificale compatibile cu lentilele de contact. În anumite situații pot fi adăugate în tratament antiinflamatorii administrate topic sub atenta urmărire a medicului. Eliminarea factorilor de risc care predispun sau agravează sindromul de ochi uscat este esențială în demersul terapeutic, la fel ca și tratamentul unei patologii sistemice predispozante atunci când este cazul. Deși aparent inofensiv, sindromul de ochi uscat poate precipita afecțiuni oculare mai grave, astfel încât trebuie tratat cu responsabilitate, cu răbdare având în vedere faptul că tratamentul este unul de durată și având aproape, pe tot acest parcurs, medicul oftalmolog curant". ●

Testele de sânge inteligente ar putea oferi diagnostice mai rapide

Profesioniștii din domeniul medical știu de mult timp cu cât o boală este depistată mai devreme, cu atât cresc șansele unui rezultat mai bun pentru pacient. Acum, o echipă multidisciplinară de cercetători de la Universitatea de Stat din Michigan (MSU), în colaborare cu experți de la Institutul Karolinska și Universitatea Berkeley, din California, a descoperit o modalitate de a face exact acest lucru. Noua metodă analizează proteinele din plasmă și dezvăluie biomarkeri care permit cercetătorilor - și în cele din urmă medicilor - să detecteze bolile mai devreme.

„Capacitatea de a identifica biomarkeri face progrese în medicină în două moduri esențiale", a declarat **Conf. Univ. Dr. Morteza Mahmoudi**, profesor la Catedra de Radiologie și Programul de Sănătate de Precizie din cadrul Colegiului de Medicină Umană MSU.

În primul rând, folosind un simplu test de sânge, bolile pot fi identificate și diagnosticate mai devreme, ceea ce înseamnă un tratament mai rapid și rezultate mai bune pentru pacienți, explică cercetătorul. În al doilea rând, ajută clinicienii să aleagă cel mai eficient plan de tratament.

De exemplu, dacă un clinician știe, în cel mai timpuriu stadiu al cancerului, că acesta este metastatic, abordarea sa în ceea ce privește tratarea și gestionarea bolii ar fi total diferită față de cazul în care știe că cancerul este benign, precizează acesta.

Descoperirile echipei de cercetare au fost publicate recent în revista Nature Communications, într-un articol în care este descrisă noua metodologie pentru analiza profundă a proteinelor din plasmă.

„Abordarea noastră inovatoare reduce semnificativ efectele de mascare ale proteinelor plasmatice foarte abundente, care împiedică adesea detectarea biomarkerilor cheie în plasma umană", a explicat prof. Mahmoudi.

Prin minimizarea acestor interacțiuni, spune cercetătorul se poate crește vizibilitatea și identificarea proteinelor cu abundență scăzută, facilitând detectarea biomarkerilor importanți care altfel ar rămâne ascunși. Această îmbunătățire conduce la îmbunătățirea capacităților de diagnosticare, permițând detectarea mai precisă și mai timpurie a bolilor.

Cum funcționează noua metodă de detectare a proteinelor

Noua metodă reduce interferențele cauzate de cele mai comune proteine din sânge, permițând cercetătorilor să detecteze proteine mai puțin cunoscute, cu abundență scăzută, care sunt adesea cruciale în identificarea bolilor. Prin adăugarea de molecule mici la proba de sânge, ei pot expune aceste proteine importante pe suprafața nanoparticulelor, făcându-le mai ușor de detectat cu ajutorul spectrometriei de masă - o tehnică care utilizează câmpuri electrice și magnetice pentru a separa și analiza particulele ionizate.

„Am injectat în plasmă o serie de molecule mici atent selectate, cu scopul de a minimiza interacțiunile proteinelor foarte abundente cu nanoparticulele", explică în continuare prof. Mahmoudi. ***„Apoi, folosind spectrometria de masă, am putut crește profunzimea acoperirii proteomului de peste șapte ori"***.

Contribuția la medicina de precizie

Această nouă metodă de testare contribuie la progresul medicinei de precizie, care este o abordare a îngrijirii pacienților ce personalizează tratamentele în funcție de genetica, mediul și stilul de viață al unei persoane.

Spre deosebire de modelul tradițional universal, medicina de precizie se străduiește să ofere soluții mai eficiente de îngrijire a sănătății. Această abordare este deosebit de importantă în domenii precum cercetarea cancerului, unde profilarea genetică a tumorilor poate duce la rezultate potențial mai bune și la mai puține efecte secundare.

În programele de medicină de precizie, precum cel de la MSU, echipele de cercetare explorează diverse aspecte ale sănătății.

„Suntem încântați de capacitatea unică a acestei noi abordări de a identifica biomarkeri care pot reprezenta diverse boli din spectrul sănătății, deoarece puterea acestui sistem este nelimitată", a mai indicat prof. Mahmoudi, precizând că abordarea extinde capacitatea specialiștilor de a oferi medicina de precizie. ●

AI folosită „ca a doua opinie" în detectarea cancerului cerebral

O cercetare indică faptul că oamenii de știință antrenează inteligența artificială pentru a distinge tumorile cerebrale de țesutul sănătos. Modelele AI pot identifica tumorile cerebrale în imaginile RMN aproape la fel de bine ca un radiolog uman.

Cercetătorii au făcut progrese susținute în ceea ce privește utilizarea inteligenței artificiale (AI) în medicină.

AI este deosebit de promițătoare în radiologie, unde durata de timp pentru procesarea imaginilor medicale poate întârzia tratamentul pacienților. Rețelele neuronale convoluționale sunt instrumente puternice care permit cercetătorilor să antreneze modelele AI pe seturi mari de date de imagini pentru a recunoaște și clasifica imaginile.

În acest fel, rețelele pot „învăța" să distingă între imagini. Rețelele au, de asemenea, capacitatea de „învățare prin transfer". Oamenii de știință pot reutiliza un model antrenat pe o sarcină pentru un proiect nou, conex.

Deși detectarea animalelor camuflate și clasificarea tumorilor cerebrale implică tipuri foarte diferite de imagini, cercetătorii implicați în acest studiu au considerat că există o paralelă între un animal care se ascunde prin camuflaj natural și un grup de celule canceroase care se amestecă în țesutul sănătos din jur.

Procesul învățat de generalizare - gruparea diferitelor aspecte sub aceeași identitate de obiect - este esențial pentru a înțelege modul în care o rețea poate detecta obiecte camuflate. Un astfel de antrenament ar putea fi deosebit de util pentru detectarea tumorilor.

Într-un recent studiu retrospectiv al datelor RMN, cercetătorii au investigat modul în care modelele de rețele neuronale pot fi antrenate pe date de imagistică a cancerului cerebral, introducând în același timp o etapă unică de învățare prin transfer a detectării animalelor camuflate pentru a îmbunătăți abilitățile rețelelor de detectare a cancerului.

Folosind RMN-uri de creiere cu cancer și controale sănătoase (din surse precum Kaggle, Arhiva de Imagistică a Cancerului a Institutului Național al Cancerului NIH și Sistemul de Sănătate VA Boston, din Statele Unite), cercetătorii au antrenat rețelele pentru a distinge RMN-urile sănătoase de cele care indică malignitate, zona afectată și tipul de cancer.

Cercetătorii au constatat că modelele au fost aproape perfecte la detectarea imaginilor cerebrale normale, cu doar unul sau două rezultate fals negative, și la distingerea între creierele cu cancer și cele sănătoase. Prima rețea neuronală a avut o precizie medie de 85,99% la detectarea cancerului cerebral, iar cealaltă a avut o rată de precizie de 83,85%.

O caracteristică cheie a rețelei neuronale este multitudinea de moduri în care deciziile sale pot fi explicate, permițând creșterea încrederii în modele atât din partea cadrelor medicale, cât și a pacienților. Modelele profunde sunt adesea lipsite de transparență, iar pe măsură ce domeniul se dezvoltă, capacitatea de a explica modul în care rețelele își iau deciziile devine importantă.

În urma acestei cercetări, modelul inteligent poate genera imagini care arată zone specifice în clasificarea tumorală pozitivă sau negativă, ceea ce ar permite radiologilor să-și valideze propriile decizii cu cele ale rețelei și să crească nivelul de încredere, aproape ca un al doilea radiolog robotizat care poate indica zona unui RMN care indică o tumoră canceroasă.

În viitor, cercetătorii cred că va fi important să se concentreze pe crearea de modele de rețele profunde ale căror decizii pot fi descrise în moduri intuitive, astfel încât AI să poată ocupa un rol de sprijin transparent în mediile clinice.

Precizia și claritatea s-au îmbunătățit pe măsură ce cercetătorii au antrenat rețelele în detectarea camuflajului cancerului. Învățarea prin transfer a condus la o creștere a preciziei rețelelor inteligente.

Deși cel mai performant model propus a fost cu aproximativ 6% mai puțin precis decât detecția umană standard, cercetarea demonstrează cu succes îmbunătățirea cantitativă adusă de această abordare de instruire a modelelor de AI.

Cercetătorii consideră că această abordare, combinată cu aplicarea cuprinzătoare a metodelor de explicare a deciziei, promovează transparența necesară în viitoarele cercetări clinice în domeniul AI.

„Progresele în AI permit detectarea și recunoașterea mai precisă a modelelor", a declarat autorul principal al lucrării, **Arash Yazdanbakhsh**.

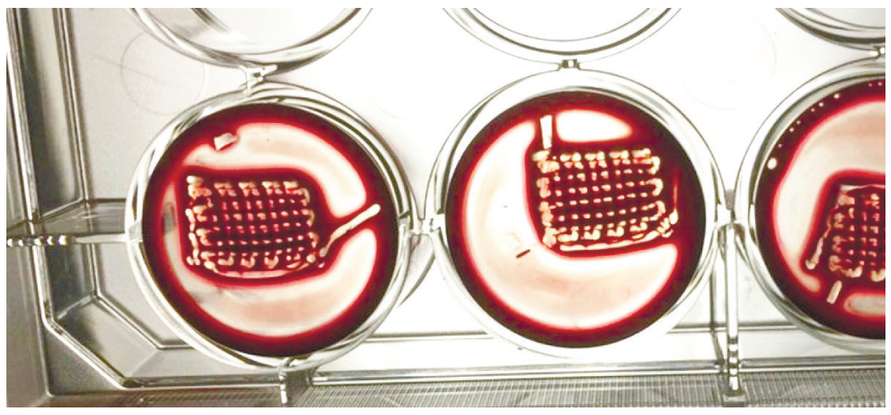
„Acest lucru permite, în consecință, un ajutor mai bun pentru diagnosticarea și screeningul bazat pe imagistică, dar necesită, de asemenea, mai multe explicații cu privire la modul în care AI îndeplinește sarcina. Scopul de a explica inteligența artificială îmbunătățește comunicarea între oameni și inteligența artificială în general. Acest lucru este deosebit de important între cadrele medicale și AI concepută în scopuri medicale", a mai precizat cercetătorul.

Modele inteligente clare și explicabile sunt mai bine poziționate pentru a ajuta la diagnosticare, a urmări evoluția bolii și a monitoriza tratamentul, au concluzionat autorii acestei cercetări. ●

Sânge transformat în materiale regenerative pentru implanturi personalizate printate 3D

Cercetătorii au creat un nou material „biocooperant" pe bază de sânge, care a dovedit că poate repara cu succes oasele, deschizând astfel calea pentru produse sanguine regenerative personalizate, care ar putea fi utilizate ca terapii eficiente pentru tratarea leziunilor și a bolilor.

O echipă de oameni de știință, de la Școlile de Farmacie și Inginerie Chimică din cadrul Universității Nottingham, a utilizat molecule peptidice care pot ghida procesele-cheie care au loc în timpul vindecării naturale a țesuturilor pentru a crea materiale vii care îmbunătățesc regenerarea țesuturilor. Cercetarea a fost publicată în *Advanced Materials*.



Majoritatea țesuturilor corpului uman au evoluat pentru a regenera rupturile sau fracturile cu o eficacitate remarcabilă, atât timp cât acestea sunt de dimensiuni mici. Acest proces de vindecare este extrem de complex. Etapele inițiale se bazează pe sângele lichid care formează hematomul regenerativ solid (RH), un micromediu bogat și viu care cuprinde celule-cheie, macromolecule și factori care orchestrează regenerarea.

Echipa de la Universitatea Nottingham a dezvoltat o metodologie de autoasamblare în care peptidele sintetice sunt amestecate cu sângele integral prelevat de la pacient pentru a crea un material care exploatează molecule, celule și mecanisme-cheie ale procesului natural de vindecare. În acest fel, a fost posibil să se creeze materiale regenerative capabile nu numai să imite RH-ul natural, ci și să îmbunătățească proprietățile structurale și funcționale ale acestuia.

Aceste materiale pot fi ușor asamblate, manipulate și chiar imprimate 3D, menținând în același timp funcțiile normale ale RH natural, cum ar fi comportamentul normal al trombocitelor, generarea de factori de creștere și recrutarea de celule relevante importante pentru vindecare.

Cu ajutorul acestei metode, echipa a demonstrat capacitatea de a repara cu succes oasele pe modele animale folosind propriul sânge al animalului.

De ani de zile, oamenii de știință au căutat abordări sintetice pentru a recrea mediul regenerativ natural, care s-a dovedit dificil, având în vedere complexitatea sa inerentă.

„Am adoptat o abordare pentru a încerca să lucrăm cu biologia în loc să o recreăm. Această abordare „biocooperativă" deschide oportunități de a dezvolta materiale regenerative prin valorificarea și îmbunătățirea mecanismelor procesului natural de vindecare. Cu alte cuvinte, abordarea noastră urmărește să utilizeze mecanismele regenerative cu care am evoluat ca etape de fabricație pentru ingineria materiale regenerative", a declarat **Alvaro Mata**, profesor de inginerie biomedicală și biomateriale în cadrul Facultății de Farmacie și al Departamentului de Inginerie Chimică și de Mediu de la Universitatea din Nottingham, care a condus studiul.

Posibilitatea de a transforma cu ușurință și în siguranță sângele oamenilor în implanturi regenerative este foarte importantă, spun cercetătorii de la Nottingham. Sângele este practic gratuit și poate fi obținut cu ușurință de la pacienți în cantități relativ mari.

Scopul cercetătorilor este de a stabili un set de instrumente care ar putea fi ușor accesibil și utilizat într-un cadru clinic pentru a transforma rapid și în siguranță sângele pacienților în implanturi regenerative bogate, accesibile și reglabile. ●

Pagini realizate de Mihaela CĂNĂNĂU

ANALIZĂ | Ce înseamnă rezidențiatul în medicina de urgență. „Dedicare totală, program de Crăciun și Revelion, dar și satisfacție imensă“

Ancuța POPA

Aproape 2.000 de absolvenţi ai Universităţii de Medicină şi Farmacie „Grigore T. Popa“ din Iaşi au participat recent la examenul de intrare în rezidenţiat. Medicina de urgență se numără printre specializările prioritare, fiind un domeniu crucial în sistemul medical, care atrage tot mai mulți candidați datorită rolului său vital în gestionarea cazurilor critice și complexe. Prof. dr. Diana Cimpoeșu, medic șef UPU-SMURD Iași, afirmă că rezidenții sunt dornici să se implice în gestionarea cazurilor complexe, să acumuleze experiență practică și să se pregătească temeinic pentru a face față la cât mai multe provocări.

Aceasta spune că, recent, în cadrul Societății Studenților Medicinești, a avut loc selecția noilor voluntari care vor activa în departamentul de medicină de urgență. Acești studenți vor avea oportunitatea de a se alătura echipelor din unitatea de primiri urgențe (UPU) în calitate de voluntari, suplimentar față de gărzile obligatorii din programul lor. Cei care dovedesc abilități și competențe necesare vor putea participa și la misiuni alături de echipajele SMURD, inclusiv pe ambulanțe, o practică inițiată în urmă cu peste 15 ani.

Primul exemplu al acestui model este dr. Paul Nedelea, care a început ca student voluntar în anul trei și, ulterior, a devenit primul doctor în medicină de urgență din România. Astăzi el este șef de lucrări și cadru didactic. Astfel, tradiția continuă, iar mulți studenți își doresc să facă mai mult decât cerințele curriculare.

„Mulți dintre tinerii absolvenți aleg medicina de urgență la rezidențiat, chiar dacă ar putea opta pentru specialități mai dorite sau cu un program mai relaxat. Aceasta este o specialitate care necesită dedicare totală, atât din punct de vedere intelectual, cât și fizic. Este o muncă ce implică ture de noapte, lucrul în weekenduri și chiar în sărbători, precum Crăciunul și Paștele. Totuși, nu înseamnă că medicii de urgență nu au timp pentru dezvoltare personală sau pentru familie. Programul de ture de 12 ore, cu pauze de 24 sau 48 de ore, oferă zile libere în care rezidenții pot să se dedice altor activități, precum pasiunile personale sau timpul cu familia. Mulți dintre rezidenți își dezvoltă pasiuni în domenii precum IT-ul, lucrează în domenii complementare, cum ar fi îngrijirile paliative, sau își petrec timpul liber călătorind. De asemenea, multe dintre persoanele din generațiile anterioare au reușit să concilieze viața personală cu carierele lor de succes, formând familii fericite și având copii care au crescut sau care sunt la facultate. Medicina de urgență nu este o specialitate care presupune renunțarea la viața personală; dimpotrivă, cei care au ales acest drum au demonstrat că este posibil să ai atât o carieră împlinită, cât și o viață personală satisfăcătoare“, a precizat prof.dr. **Diana Cimpoeșu.**

Rezidenții în medicină de urgență au nevoie de o reziliență psihologică solidă

Prof. dr. Diana Cimpoeșu subliniază că pentru a fi medic rezident în medicină de urgență este necesară nu doar o pregătire intelectuală solidă, ci și o bună condiție fizică. Activitatea zilnică implică rezistență fizică și un ritm intens, atât în spital, cât și în pre-spital. Aceasta spune că, în pre-spital, medicii trebuie să fie pregătiți să urce dealuri, să transporte echipamente grele sau să urce scări în blocuri fără lift, toate acestea în situații care cer intervenții rapide și eficiente. De exemplu, în cazul unei resuscitări la etajele superioare ale unui imobil, echipa trebuie să transporte defibrilatorul, trusele medicale și alte echipamente esențiale, uneori chiar pe distanțe mari. Mai mult, atunci când pacientul trebuie evacuat, medicul, alături de paramedici, asistenți sau voluntari, se implică activ în manipularea tărgii și asigurarea transportului sigur al pacientului. De asemenea, în misiunile aeriene, unde echipa medicală este formată dintr-un medic, un asistent și doi piloți, toți membrii contribuie activ, atât la manipularea pacientului, cât și la desfășurarea intervenției.

Medicul șef UPU-SMURD Iași a mai precizat că medicii rezidenți în medicina de urgență trebuie să dispună nu doar de o bună condiție fizică, ci și de o reziliență psihologică solidă. Intervențiile lor nu țin cont de vreme sau de locație, fie că e ploaie, gheață sau ninsoare, aceștia trebuie să ajungă în zone greu accesibile, în case modeste sau în situații critice desfășurate direct în mijlocul străzii, printre oameni emoționați și agitați. În astfel de situații, se cere mai mult decât forță fizică. Medicul subliniază că este necesar să aibă un control interior puternic, să fie stăpâni pe sine și să știe să gestioneze conflictele. Spre deosebire de alte specialități, unde pacienții vin programați și atmosfera este mai calmă, acesta spue că, în medicina de urgență echipa medicală se confruntă adesea cu așteptări ridicate și presiune intensă, mai ales în cazuri de stop cardiac sau arsuri grave.

„Anul ăsta, în România a terminat o generație bogată și foarte bună de rezidenți. Rata de reușită la examen a fost cea mai mare din ultimii cinci ani. Eu, fiind președintele Comisiei Naționale, am văzut rezidenții din aproape toate centrele cu specialitatea în medicină de urgență. Examenul s-a desfășurat în centrele principale din București și Târgu Mureș, reunind 130 de candidați, marea majoritate absolvenți din această generație. Iașul a avut top trei la acest examen. Șefa rezidenților a obținut și cea mai mare notă pe țară, peste 9,90, ceea ce înseamnă că sunt bine pregătiți. De asemenea, anul acesta, patru dintre rezidenții noștri au mers în Franța pentru stagii, doi dintre ei întorcându-se acasă, iar ceilalți doi rămânând acolo. S-au adaptat rapid, pentru că, deși pot exista mici diferențe, cum ar fi protocoalele locale sau aparatura folosită, în general, modul de lucru este similar în întreaga Europă, indiferent că vorbim despre Marea Britanie, Franța sau Belgia. Dintre cei care s-au întors, unul a avut o experiență în Franța similară cu cea din România, fiind foarte mulțumit, în timp ce celălalt a avut așteptări mai mari, dar nu a fost lăsat să participe activ la tratamente, așa cum o face la noi. La noi, rezidenții nu doar că observă, ci sunt direct implicați în îngrijirea pacientului de la început până la sfârșit, fie că este vorba despre internare, trimiterea pacientului acasă sau transferul către un alt spital“, a subliniat prof.dr. Diana Cimpoeșu.

Dr. Simona Huzum

Simona Huzum voia să facă inițial inginerie de mediu

Simona Huzum este o proaspătă specialistă în medicina de urgență, o specialitate pe care a ales-o dintr-o motivație puternică. Ea a fost martora unui accident rutier, iar rapiditatea cu care s-a intervenit în acel moment i-a determinat să își spună: „eu asta vreau să fac“. Deși avea o pregătire de bază în ingineria de mediu, în timp și-a dat seama că nu vrea să petreacă tot timpul într-un birou acordând autorizații. A dorit să ajute oamenii și această dorință a fost ceea ce a motivat-o să studieze și să aleagă medicina de urgență. A lucrat șase ani în paralel cu rezidențiatul, fiind convinsă că nu ar fi putut să facă altceva. Dacă nu ar fi existat locuri în medicina de urgență, aceasta spune că ar fi considerat ca opțiune neonatologia.

„Am început să iau cărțile în brațe și să le studiez. Am înțeles unele lucruri, dar nu totul. Cred că este un proces destul de comun să nu înțelegi tot ce înveți, pentru că nu te-ai întâlnit cu acele informații în timpul studenției și, brusc, ajungi într-o situație în care trebuie să le înveți. De obicei, nu te vei mai lovi de acele informații exact așa cum le înveți pentru examen, dar trebuie să le înmagazinezi pentru a trece examenul. Am învățat serios cam 5-6 luni. Aveam un program de la dimineața până la ora 16-17, cu mici excepții, pentru că lucram în paralel. A fost destul de greu să învăț în timpul studenției“, a explicat Simona.

Pentru Simona, prima gardă a fost extrem de emoționantă. A preluat un pacient destul de grav spre finalul gărzii, la ora 7.00, iar resuscitarea a durat 45 de minute. Momentul în care pacientul și-a reluat circulația spontană a fost cu adevărat impresionant. Acesta a fost dus în sala de coronarografie, iar la câteva ore distanță, a aflat că pacientul este bine și că prognosticul său era favorabil. De asemenea, ea povestește că, recent, a avut un alt caz marcat-o. Un bărbat tânăr, în vârstă de 37 de ani, cu doar doi ani mai în vârstă decât ea, care a trecut printr-o situație critică. Pacientul a suferit un stop cardiorespirator într-un loc public, iar intervenția promptă a prietenului său, care i-a aplicat compresiuni toracice, a fost esențială. Aceasta spune că pacientul și-a revenit și chiar a vizitat recent echipa medicală.

„Gestionarea stresului este o provocare, mai ales în situații critice, dar încerc mereu să învăț și să devin mai bună de la un caz la altul, inclusiv în modul în care îmi gestionez propriile emoții. Fiind o persoană foarte emotivă, mă străduiesc să-mi controlez mai bine reacțiile. De asemenea, când vine vorba de un viitor medic rezident, cred că abilitățile de comunicare și implicarea sunt esențiale, indiferent de specialitate. Este o specialitate intensă, care necesită dedicație și dorința de a învăța în permanență“, a precizat Simona.

Referitor la sistemul medical din România, aceasta subliniază că schimbările reale ar trebui să înceapă de la bază, nu de la vârf, iar ca o primă schimbare ar putea fi chiar atitudinea față de personalul medical. De asemenea, în ceea ce privește structura și resursele, acesta spune că sistemul medical are multe nevoi neacoperite. De exemplu, de multe ori, situația de pe hârtie nu reflectă realitatea din teren, astfel, pe hârtie poate scrie că există zece ventilatoare, dar, în practică, doar opt sunt funcționale.

Ana Rădeanu a început ca voluntar la Urgențe

Ana Rădeanu, medic rezident în medicină de urgență în anul doi, a știut încă din timpul facultății că își dorește această specializare. Pregătirea sa pentru examenul de rezidențiat a început din anul șase, având deja o direcție clară, inspirată de activitatea sa ca voluntar în cadrul unității de primiri urgențe. Pentru ea, voluntariatul a început încă din anul doi de facultate, iar în paralel cu orele de curs și laboratoarele din anul șase, Ana s-a pregătit intens pentru rezidențiat. Pe parcursul verii, și-a finalizat lucrarea de licență, susținută în luna septembrie, după care s-a dedicat învățării zilnice pentru examen. Eforturile i-au fost răsplătite cu punctajul dorit, reușind astfel să-și împlinească visul de a deveni medic rezident în medicină de urgență. De asemenea, împreună cu colegii săi, Bruno Farțade și Bianca Dobrișan, și ei rezidenți în medicină de urgență, Ana a contribuit la implementarea Departamentului de medicină de urgență pentru studenți în cadrul Societății Studenților Medicinești din Iași.

„Când am început voluntariatul, nu știam că asta îmi voi dori să fac. Inițial, visam să devin neurochirurg. Ce m-a atras a fost deschiderea extraordinară a personalului din UPU. Medicii, asistenții, toți erau dornici să ne învețe, să ne arate cum funcționează lucrurile. Știam clar ce presupune munca unui medic și a unui asistent, iar ceea ce m-a atras cel mai mult a fost sentimentul că pot ajuta pacienți critici. Pe de altă parte, mi-a plăcut ideea că fiecare zi este diferită. Nu merg într-o clinică unde să prescriu aceleași medicamente pentru aceeași pacienți. Necunoscutul fiecărei gărzi mă motivează și îmi oferă provocări noi“, a declarat Ana.

Prima gardă a Anei Rădeanu ca medic rezident a fost într-o unitate unde sunt tratați pacienții cu traumatisme ușoare și consulturi chirurgicale, cunoscută ca fiind ***„camera verde“***. În timpul acestei gărzi, Ana i-au fost prezentate datoriile și responsabilitățile sale ca rezident și cu modul corect de a interacționa cu pacienții și colegii. Aceasta povestește că unul dintre cazurile care a avut un impact puternic asupra sa a fost cel al unei fetițe de 53 de zile, născută prematur la 23 de săptămâni. Ana a preluat-o de la un elicopter care a adus-o din județul Botoșani și a transportat-o către Spitalul de Copii, secția ATI, pentru tratament, având o ischemie de membru. Ana a descris acest caz ca fiind extrem de copleșitor, mai ales având în vedere că nu era obișnuită să lucreze cu pacienți pediatrici și că acest tip de urgență presupunea o abordare diferită față de cele cu care era familiarizată.

„Îndrumătoarea noastră are un principiu foarte bun, dacă una dintre noi face o manevră, trebuie să chemăm toți colegii să observe. Acest lucru este important pentru că trebuie să învățăm să lucrăm sub presiune. De exemplu, dacă trebuie să intubezi un pacient într-un loc public și toată lumea se uită, nu trebuie să te lași copleșit de emoții. Așa învățăm să gestionăm stresul. De asemenea, fiecare pacient pe care reușesc să-l ajut, fiecare succes din acest domeniu, îmi aduce o mare satisfacție. Simt că am adus un aport benefic în viața acelei persoane și asta este o realizare semnificativă pentru mine“, explică tânăra.

Dr. Alexandra Haută

Referitor la sistemul medical din România, aceasta subliniază că ar trebui să se creeze mai mult spațiu pentru activitățile medicale, având în vedere că, deși sunt mulți medici, numărul pacienților este extrem de mare. În prezent, medicii lucrează într-un spațiu limitat, iar numărul de locuri disponibile nu corespunde cu volumul de pacienți care trebuie tratați. Ana spune că gravitatea cazurilor este tot mai crescută, iar pentru a gestiona această situație ar trebui găsite soluții care să permită îmbunătățirea condițiilor de lucru și să asigure o mai bună gestionare a resurselor disponibile.

Alexandra Haută a vrut mereu să salveze vieți

Alexandra Haută este medic specialist rezident în anul cinci și își desfășoară activitatea în cadrul departamentului UPU SMURD Iași. Ea consideră că examenul de rezidențiat a fost cel mai important examen pe care urma să-l susțină după terminarea facultății, iar această presiune a avut un impact semnificativ asupra ei. Cu toate acestea, s-a concentrat intens pentru că își dorea foarte mult să urmeze specialitatea medicină de urgență. Timp de aproximativ trei luni înainte de examen, și-a dedicat toată energia învățării materiei necesare pentru a se pregăti pentru examenul de rezidențiat.

„Visul meu de a lucra în medicina de urgență a început încă din perioada studenției și chiar înainte de aceasta. Mi se pare că această specialitate mi se potrivește foarte bine, pentru că am oportunitatea să contribui la salvarea vieților. Pentru mine, prima gardă a fost un moment emoționant, deoarece eram la început și orice început aduce o doză de emoție mai mare decât în mod normal. Îmi amintesc destul de clar toate cazurile din acea perioadă, și cred că fiecare caz mai dificil rămâne întipărit în memoria mea“, a explicat Alexandra.

Alexandra povestește că unul dintre cazurile care a marcat-o s-a întâmplat recent, când a intervenit pe mașina de terapie intensivă. Era vorba despre o pacientă însărcinată la 28 de săptămâni, care a suferit o naștere prematură. Echipa a transportat nou-născutul prematur la spital, iar intervenția a fost cu atât mai emoționantă, având în vedere fragilitatea copilului, dar, până la urmă, cazul s-a încheiat cu un final fericit. În ceea ce privește gestionarea presiunii și stresului, Alexandra subliniază faptul că simulările și cazurile pe care le întâlnește în mod frecvent sunt esențiale pentru a învăța să își controleze emoțiile. De asemenea, consideră că prioritatea în astfel de situații este pacientul, iar concentrarea pe gestionarea cazului contribuie la diminuarea propriilor emoții.

„Consider că viitorii rezidenți trebuie să fie dornici de muncă și să își adune cât mai multe informații de la colegii cu mai multă experiență. Este foarte important să fii un bun coleg și să înțelegi că medicina nu se face singur, ci în echipă“, a precizat aceasta.

Începând din 1999, medicina de urgență din România a evoluat semnificativ, adaptându-se cerințelor europene, iar în prezent, rezidențiatul în această specialitate durează cinci ani. România a fost una dintre primele țări din Europa care a implementat această specialitate, iar curricula europeană a fost tradusă și folosită de rezidenți. În plus, principalul manual folosit în formarea lor este manualul american, „Manualul Judith E. Tintinalli pentru medicina de urgență“, utilizat de toți rezidenții din Europa, alături de ghidurile europene pe patologii. Astfel, datorită acestei formări, prof. dr. Diana Cimpoeșu spune că rezidenții din România sunt bine conectați la ceea ce se întâmplă în domeniu la nivel european.

Dr. Ana Rădeanu

Prima generație de rezidenți, acum 31 de ani

Prof. dr. Diana Cimpoeșu subliniază că, la Iași, mai mult de 50% dintre rezidenții în medicina de urgență sunt femei, dar există și mulți bărbați în domeniu. În ceea ce privește atractivitatea medicinei de urgență, aceasta a subliniat că Iașul a fost întotdeauna un centru în care medicina de urgență a fost bine apreciată și că locurile au fost întotdeauna ocupate, chiar dacă în alte locuri din țară există o reticență din cauza caracterului solicitant al specialității. Acesta spune că medicina de urgență este o specialitate în care nu există loc pentru „chiul“. Rezidenții sunt obligați să fie prezenți de la început până la sfârșit, iar turele sunt fixe, ceea ce face imposibil să ocolești responsabilitățile. Dacă cineva nu poate îndeplini o tură din diverse motive, trebuie să găsească imediat un înlocuitor. Prof. dr. Diana Cimpoeșu a explicat că medicina de urgență se bazează pe o echipă solidă, în care membrii se susțin reciproc.

Dr. Diana Cimpoeșu

„Este esențial să fii pasionat de ceea ce faci, mai ales în domeniul medicinei de urgență, deoarece există momente dificile în care simți că vrei să renunți și, în acele clipe, ai tendința de a da vina pe specialitate pentru greutățile din viața personală sau profesională. Chiar și printre rezidenți, există persoane care, după un an sau doi, aleg să schimbe specialitatea pentru că medicina de urgență li s-a părut prea solicitantă. Acest lucru se întâmplă, deși în timpul studiilor, încercăm să le oferim o imagine cât mai clară a ceea ce presupune să fii medic de urgență. De asemenea, interacționăm foarte mult cu tinerii, mergând în școli și licee, unde aceștia participă la cursuri de resuscitare, iar acest contact le formează o imagine despre această profesie“, a declarat medicul.

Prof. dr. Diana Cimpoeșu face parte din prima generație de rezidenți care a ales specialitatea de medicină de urgență, în urmă cu 31 de ani, atunci când aceasta abia începea să fie recunoscută ca opțiune profesională. La acea vreme, foarte puțini știau despre acest domeniu, iar dintre cei șase rezidenți care au ales Iașul, majoritatea nu aveau informații clare despre ce presupune medicina de urgență. Specialitatea era încă în formare, iar rezidenții aveau un program de învățământ care includea module de medicină internă, cardiologie, chirurgie, ortopedie, dar nu și anestezie și terapie intensivă, o ramură pe care au învățat-o ulterior, pe parcursul unui an. Aceasta din urmă nu era predată la vremea respectivă studenților, fiind introdusă mai târziu.

„Primul caz de resuscitare pe care l-am văzut și la care am lucrat a fost un tânăr internat la Spitalul de Psihiatrie, care a suferit o embolie pulmonară. Pacientul avea o medicație care îl predispunea la acest risc și, în plus, era supraponderal. Am stat mult peste program, încercând să facem tot ce se putea, dar, până la urmă, medicul primar sub al cărui coordonare lucram mi-a spus că nu mai putem face nimic. M-am dus acasă și am plâns. Aceasta a fost o lecție dureroasă de empatie, dar cred că fiecare rezident care trăiește o asemenea experiență simte aceeași tristețe. Până atunci, făcuserăm gărzi, dar nu avusesem o astfel de situație. La vremea respectivă eram puțini rezidenți și extrem de prețioși pentru gărzi, în timp ce acum sunt mulți și toți își doresc să aibă cazuri grave, pentru că vor să învețe. De asemenea, prima generație de rezidenți am avut-o atunci când eram proaspăt specialist, în 1997. Tocmai obținusem specialitatea și luasem un post la Iași. Primii mei rezidenți erau colegii de anul trei, adică aveau cu doi ani mai puțin decât mine. Era o perioadă dificilă, dar încercam să le transmit tot ce știam eu atunci“, a declarat medicul.