

● De Sănătate

Sistemul de urgențe, împins la limita rezistenței: când sunăm la 112 și cine ne răspunde acolo?

Primul reflex pe care-l avem atunci când avem o problemă de sănătate este să sunăm la 112. Ce se întâmplă în spatele mecanismului complex de răspundere la situații de urgență? Cine decide ce echipaj să trimită, când anume, unde și câte resurse să fie implicate în cazul unei intervenții? „Ziarul de Sănătate” explică în amplul dosar de săptămâna aceasta care sunt pârgurile prin care medicii decid să trimită o ambulanță, o ambulanță cu medic sau elicopterul SMURD în cazul unei urgențe. Totodată, ajunși la Unitatea de Primire a Urgențelor, pacienții vor fi triați pe baza unui cod de culori, în funcție de gravitatea

rănilor, și vor aștepta uneori și peste două ore până le va veni rândul. Medicii urgențiști au explicat pentru „Ziarul de Sănătate” de ce se ajunge la această situație, amintind și de unele abuzuri pe care le fac cei care apelează serviciul unic de urgență. Fiindcă Iașul are un număr limitat de ambulanțe care intervin la cazuri, iar mai bine de jumătate dintre ele ar fi trebuit să fi fost deja casate. Dar și o ambulanță cu 1 milion de kilometri la bord încă mai poate salva vieți, dar apelul medicilor este îngrijorător: resursele se subțiază și cazurile devin din ce în ce mai multe.

Paginile 4-5



din Sumar

● **Prețul Ozempic a explodat, iar „medicamentul-minune” pentru slăbit dispăre de pe piața din România din august: cum funcționează acesta:**

Deși vital în continuare pentru pacienții care sunt diagnosticați cu diabet zaharat de tip 2, Ozempic, „medicamentul-minune”, primul din istoria pharma care ajută cu adevărat la scăderea în greutate, va dispărea de pe piața din România.

Pag. 2

● **De la 1 iulie, persoanele neasigurate beneficiază de tratament complet de depistare și tratare a cancerului:**

Ca parte din noul Plan Național de Cancer, aflat în dezbateri în ultimii ani și în fază de implementare din 2023, pacienții români care nu sunt asigurați în sistemul național vor avea acces la același pachet de servicii precum persoanele asigurate atunci când vine vorba de prevenirea, diagnosticul și tratarea cancerului.

Pag. 3

● **Apel către Ministerul Sănătății pentru reducerea numărului de nașteri premature: angajatori de pacienți în spitale:**

Asociația Română pentru Nou-născuții Îndelung Spitalizați (ARNIS) face o propunere inedită Ministerului Sănătății din România, cu scopul de a fi reduce numărul de nașteri premature.

Pag. 3

● **Cea mai aprigă luptă dusă de organism pe perioada verii: împotriva caniculei. Cum ne protejăm:** La o temperatură ambientală de peste 38 grade, organismul își activează termoreglarea astfel încât să piardă căldură, să nu se supraîncălzească. Dacă persoanele sănătoase nu se hidratează corespunzător, pot să apară hipotensiune severă, stare de amețeală și chiar leșin.

Pag. 2

Un răspuns ascuns dezvăluie că Ministerul Transporturilor știe de situația de la Spitalul CF Iași, unde concursul de manager a rămas în aer: „se fac verificări”



Situația de la Spitalul CF din Iași rămâne în continuare una tensionată, la mai bine de șase luni de la finalizarea concursului de manager. Conform informațiilor obținute de „Ziarul de Iași”, Ministerul Transporturilor nu a răspuns niciunei solicitări venite din partea spitalului: nici din partea Consiliului de Administrație și nici din partea dr. Mihai Glod, care a câștigat concursul, dar care nu este încă numit în funcție.

Pagina 3

SFATUL MEDICULUI

Suferințele articulațiilor sunt depistate cu ajutorul imagisticii prin rezonanță magnetică



Șef lucrări Dr. Vasile Fotea, medic primar radiolog în cadrul Spitalului Clinic de Urgențe „Sf. Spiridon” din Iași: „Examinarea sistemului osteo-articular, structurile osoase beneficiază în principal de CT, articulațiile însă, sunt cel mai bine examinate prin IRM

(ligamente, capsula articulară, discurile intervertebrale). Sistemul nervos central (creier și măduva spinării) este un alt beneficiar important al IRM, mai ales în regim electiv.

Pagina 7

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

Prețul Ozempic a explodat, iar „medicamentul-minune” pentru slăbit dispare de pe piața din România din august: cum funcționează acesta

Cătălin HOPULELE

Deși vital în continuare pentru pacienții care sunt diagnosticați cu diabet zaharat de tip 2, Ozempic, „medicamentul-minune”, primul din istoria pharma care ajută cu adevărat la scăderea în greutate, va dispărea de pe piața din România de la începutul lunii august. Într-un comunicat remis presei de Agenția Națională a Medicamentului și Dispozitivelor Medicale și citat de HotNews, se menționează că firma care deține autorizația de punere pe piață nu va mai furniza medicamentul în România. În același comunicat se menționează și faptul că își asumă, aceeași firmă sau altele similare, să furnizeze medicamente similare pentru ca pacienții diagnosticați cu diabet zaharat de tip 2 să beneficieze în continuare de cel mai bun tratament.

„Conform informațiilor primite din partea deținătorului autorizației de punere pe piață (DAPP), medicamentul Ozempic (Semaglutidum), în toate cele trei concentrații (0,25 mg; 0,5 mg; 1 mg) și sub formă de soluție injectabilă în stilou injector (pen) preumplut, din motive comerciale, va fi disponibil în România doar până la data de 31 iulie 2024. Conform prevederilor legale, medicamentul Ozempic nu va mai fi comercializat în România după această dată”, au punctat cei de la ANMDM.

„Ziarul de Sănătate” a dedicat un amplu dosar problemei scăderii în greutate și a felului de funcționare a



Ozempic în urmă cu două ediții, după „goana” care a apărut la nivel național în vederea obținerii acestor medicamente. Deși în momentul de față în România este folosit off-label de persoanele care vor să slăbească, în SUA a fost acreditat atât varianta Ozempic, injectabilă, cât și o formă de pastile – Wegovy – ca fiind eficiente pentru persoanele care suferă de obezitate. Ambele sunt produse de compania Novo Nordisk din Danemarca.

Miza principală a retragerii de pe piața din România este întocmai succesul mondial, care a dus la o creștere fulminantă a prețului, care nu se regăsește și pe piețele reglementate.

Cum funcționează „medicamentul-minune”

În ediția anterioară, „Ziarul de Sănătate” a discutat cu prof.dr. Radu Iliescu, prorector al UMF Iași, specializat în farmacologie, care

a explicat că încă din anii 2000, de când obezitatea a devenit „noua pandemie”, se caută celebra pastila de slăbit: cercetătorul afirmă că ne aflăm în fața unei adevărate revoluții în medicină, cu potențial încă de nebănuit.

Preparatul injectabil e singurul dovedit științific că scade greutatea corporală, combate diabetul și are indicație fermă pentru utilizare la pacienții cu indicele de masă corporală peste 30 sau peste 27, atunci când e asociată și o comorbiditate, precum hipertensiunea arterială, diabet și altele conexe.

Ozempicul, explică prof.dr. Radu Iliescu, funcționează cu hormoni din familia incretinelor, eliberați de intestin. Cercetătorul explică faptul că acestea sunt un mecanism fiziologic, endogen, cu care ne-am născut și pe care îl avem încă de la primele stadii ale evoluției umane. Acționează atât asupra sistemului digestiv, dar și asupra

creierului, dând senzația de sațietate.

Prof.dr. Radu Iliescu explică că este important de înțeles faptul că acest sentiment de sațietate nu vine în general, în ansamblu, și te împiedică să mănânci, ci este o sațietate asociată cu momentul mesei, pur și simplu mănânci mai puțin la fiecare masă și te saturezi mai repede. Acești hormoni, incretinele, au fost descoperiți în ultimii zeci de ani în cercetarea fundamentală, dar efectul lor nu fusese asociat sau, mai bine spus, nu a fost pus în aplicare în zona practică.

Sunt două incretine folosite în aceste tipuri de tratament: analogii ai peptidei 1 asemănătoare glucagonului (GLP-1) și polipeptida insulinootropă dependentă de glucoză (GIP).

„Cercetarea este încă la început, dar ce știm sigur este că, pe lângă scăderea în greutate, aceste substanțe au și un efect direct asupra normalizării metabolismului, nu doar indirect, prin scăderea în greutate, a glicemiei, a grăsimilor nesănătoase absorbite de organism etc. Acum, încep să apară argumente și studii care arată că sunt bune și în bolile neurodegenerative. Au efecte spectaculoase asupra scăderii evenimentelor cardiovasculare la pacienții cu diabet, cu diabet și obezitate și, mai nou, la pacienții cu obezitate, fără diabet. Sunt foarte multe studii publicate în reviste de calitate pe acest subiect. Tot spectaculoase sunt și scăderile în greutate, între 3 și 20 de kilograme”, a explicat prof.dr. Radu Iliescu.



Apel către Ministerul Sănătății pentru reducerea numărului de nașteri premature: angajarea de „navigatori de pacienți” în spitale

Cătălin HOPULELE

Asociația Română pentru Nou-născuți Îndelung Spitalizați (ARNIS) face o propunere inedită Ministerului Sănătății din România, cu scopul de a fi reduce numărul de nașteri premature la nivel național. Aceștia solicită modificarea schemelor de personal la nivelul instituțiilor medicale astfel încât să fie inclus în anvelopa salarială și postul / funcția de Navigator de pacienți.

Aceasta este recunoscută deja în țară, fiind inclusă în Codul ocupațiilor din România, și ar presupune angajarea de personal medical specializat care ar avea rolul de a asista familiile

care apelează la reproducerea asistată, a celor cu nou-născuți prematuri, cu probleme congenitale, diverse malformații sau sindroame, cu accidente la naștere etc. în procesul de îngrijire și recuperare medicală.

„Navigatorul este persoana de legătură între medicul curant și pacient, împreună formând o echipă al cărei scop este vindecarea sau îngrijirea paliativă. Scopul unui navigator de pacienți este de a crește rata de succes în investigația, diagnosticarea corectă și găsirea traseului terapeutic/medical cel mai potrivit pentru fiecare pacient, prin eliminarea barierelor de tip financiar, de comunicare, de educație, piedică din sistemul medical (încălcarea excesivă, lipsă personal, programări ratate, rezultate pierdute etc.), de natură psihologică, sau de alt tip”, au precizat reprezentanții asociației într-un comunicat remis presei.

16.000 de prematuri / an în România

Aceștia spun că în ultimele decenii au fost înregistrate, totuși, progrese în îngrijirea prenatală, dar nu au fost observate schimbări majore în reducerea numărului de nașteri premature la nivel național. Conform cifrelor EUROSTAT, citate în anunțul către presa al ARNIS, sunt 16.000 de copii care se nasc prematur în fiecare an în România, 8,2% din totalul nașterilor, raportat la anul 2021.

„Prematuritatea rămâne a doua cea mai frecventă cauză de deces înainte de vârsta de 5 ani în România, iar cu cât un copil se naște mai devreme, cu atât este mai mare riscul de dizabilitate. În Europa, 1 din 4 persoane are dizabilități (conform Raportul Handicapului în UE: date și cifre 2022, Consiliului Uniunii Europene), iar în România sunt aproape 1 milion de persoane încadrate în grad de handicap, cu nevoie de

asistență socială (insoțitor, pensie, asigurare medicală, etc.)”, au exemplificat reprezentanții ARNIS.

Aceștia spun că rolul navigatorului de pacienți în domeniul sănătății mamei și al copilului este cel de a explica viitorilor părinți sau părinților cu nou-născuți cu risc, pe înțelesul lor, riscurile de boli cronice dezvoltate de viitoarea mamă sau de nou-născuții cu risc, posibilul diagnostic, variantele de tratament (investigații necesare, efecte adverse, etapele tratamentului, etc), dar și recuperarea medicală a copilului.

Navigatorul trebuie să ajute părinții sau viitorii părinți să înțeleagă mai bine diagnosticul și traseul medical pe care îl au de parcurs, este alături de ei pentru a răspunde la întrebări și pentru susținere psihologică, devenind un partener al familiei care trece și prin aceste momente complexe. Scopul final, spun cei de la ARNIS, este de a reduce numărul de copii cu dizabilități din România.

ORGANIZATORI:

Spitalul Clinic de Boli Infecțioase “Sf. Parascheva” Iași
Universitatea de Medicină și Farmacie “Grigore T. Popa” Iași
Societatea de Boli Infecțioase și HIV/SIDA
Asociația Institutul Pan-European de Cercetare “Prof. Dr. Vasile Luca”

un eveniment EVENTER



CONFERINȚA NAȚIONALĂ DE
PATOLOGIE
INFECȚIOASĂ

27-29 Iunie

EVENTIMENT HIBRID:
online și Hotel “Internațional”, Iași

2024

www.patologieinfecțioasa.ro

TEMATICA ȘTIINȚIFICĂ: Noutăți și multidisciplinaritate în patologia infecțioasă



Exercițiu de alarmare și evacuare la spitalul ieșean cu cel mai dificil acces. Un incendiu aici poate fi catastrofal

Ancuța POPA

Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Iași, în colaborare cu Inspectoratul pentru Situații de Urgență Iași, a organizat săptămâna trecută un amplu exercițiu de alarmare și evacuare a întregii clădiri a spitalului. Acest exercițiu a avut ca scop antrenamentul personalului și identificarea eventualelor probleme ce pot apărea în cazul unui eveniment catastrofal. Scenariul exercițiului a implicat evacuarea persoanelor care nu se pot deplasa sau evacua singure dintr-o clădire afectată de o catastrofă, cum ar fi un incendiu sau un cutremur devastator. În acest context, pompierii au intervenit pen-

tru a evacua aceste persoane. „Aceste tipuri de exerciții sunt esențiale, deoarece pregătirea pentru situații catastrofale este absolut necesară, mai ales într-un oraș aglomerat și într-o clădire cu multe provocări funcționale. Fără sprijinul Poliției Municipiului Iași, nu am fi putut facilita accesul pompierilor pentru acest exercițiu. Ne bazăm foarte mult pe sprijinul partenerilor noștri, adevărații eroi de la Inspectoratul pentru Situații de Urgență Iași, sub îndrumarea domnului colonel Ionuț Grădinaru, șeful ISU Iași. Cu ajutorul său, reușim să desfășurăm aceste exerciții”, a declarat Radu Crișan-Dabija, managerul spitalului.

Disfuncții din cauza clădirilor vechi

În prezent, Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie depune eforturi pentru a asigura condiții de siguranță și protecție pentru pacienții și angajați. Totuși, se confruntă constant cu provocări cauzate de disfuncționalitățile structurale ale clădirilor vechi în care își desfășoară activitatea, clădiri care nu mai îndeplinesc standardele sanitare, epidemiologice și de siguranță ale anului 2024. „Echipajele de pompieri au demonstrat împreună cu personalul spitalului evacuarea de la etajele superioare a persoanelor care nu pot fi deplasate. Deși accesul la clădire este o mare

provocare datorită amplasării pe căi de acces de mici dimensiuni și pe care nu se respectă regulile de parcare, cu sprijinul Poliției Locale, mașinile de intervenție au reușit să pătrundă”, a transmis Inspectoratul pentru Situații de Urgență al județului Iași. Cu această ocazie, personalul spitalului a subliniat necesitatea unei clădiri noi și integrate, situată într-o locație cu acces facil pentru echipajele de intervenție. Clădirea de pe strada Dr. I. Cihac, precum și celelalte secții, care se află la distanțe considerabile una de cealaltă, nu mai respectă standardele sanitare, epidemiologice și de siguranță necesare pentru a oferi îngrijiri medicale adecvate în anul 2024.



Dr. Cristina Mitrofan și dr. Mihai Glod

Un răspuns ascuns dezvăluie că Ministerul Transporturilor știe de situația de la Spitalul CF Iași, unde concursul de manager a rămas în aer: „se fac verificări“

Situația de la Spitalul CF din Iași rămâne în continuare una tensionată, la mai bine de șase luni de la finalizarea concursului de manager. Conform informațiilor obținute de „Ziarul de Iași“, Ministerul Transporturilor nu a răspuns niciunei solicitări venite din partea spitalului: nici din partea Consiliului de Administrație și nici din partea dr. Mihai Glod, care a câștigat concursul, dar care nu este încă numit în funcție.

Am reușit însă să identificăm ceea ce este probabil singura comunicare oficială pe subiect. La o interpelare făcută în urmă cu o lună de către deputatul Alexandru Muraru cu privire la întârzierea privind numirea în funcție a dr. Mihai Glod, ministrul a răspuns scurt că se uită la felul în care a fost derulat concursul.

„Referitor la întrebarea dumneavoastră, vă aducem la cunoștință că la nivelul Ministerului Transporturilor și Infrastructurii se află în curs o serie de verificări cu privire la numirea în funcția de manager a domnului dr. Glod Mihai“, au transmis reprezentanții ministerului către deputatul ieșean.

Acesta este prima confirmare cu privire la faptul că situația de la Iași este cunoscută la nivelul Ministerului Transporturilor. La nenumăratele solicitări ale „Ziarului de Iași“ oficialii din MT au refuzat să ofere un răspuns. Ni s-a comunicat, strict neoficial, că este în redactare un punct de vedere, în urmă cu mai bine de o săptămână, dar am primit doar un număr de înregistrare la cererea făcută, însă la 10 zile de la trimiterea acesteia.

Legături politice întortocheate

Așa cum „Ziarul de Iași“ a scris în urmă cu mai bine de două săptămâni, dr. Mihai Glod a dat în judecată Ministerul Transporturilor și Consiliul de Administrație al Spitalului CF Iași, pentru nepunere în aplicare a rezultatului de la concursul câștigat. Acesta nu a vrut să comenteze nici de această dată situația de ansamblu, spunând că așteaptă o decizie din partea instanței.

Dr. Cristina Mitrofan, care a fost reconfirmată în funcția de manager interimar, pentru încă șase luni, a refuzat în continuare dialogul cu publicația noastră. Însă legăturile pe linie politică între sederea acesteia la conducerea unității medicale și întârzierea numirii lui dr. Mihai Glod încep să se întrevadă. Dincolo de legătura vizibilă între faptul că dr. Cristina Mitrofan e membru al aceleiași partid - PSD - ca ministrul Transporturilor, Sorin Grindeanu, surse din partid au explicat pentru „Ziarul de Iași“ că poziția acesteia este una „cu rădăcini“ în rândul filialei locale.

Bogdan Cojocaru, președintele PSD Iași, nu a dorit să comenteze atunci când a fost întrebat dacă dr. Mitrofan este sau nu membru al partidului, dar surse din

PSD Iași au explicat că actualul manager interimar al Spitalului CF Iași a fost la un pas să devină vicepreședinte al filialei locale. Deși a intrat în formațiune pe filiera lui Marius Ostaficiuc, plecat între timp la AUR, aceasta a devenit un colaborator apropiat al actualului președinte al filialei municipale PSD - Bogdan Balașcu. De fapt, acesta a fost cel care a propus-o ca vicepreședinte, însă nu a trecut de votul general. Balașcu, care a fost candidatul PSD pentru funcția de primar al Iașului, este în momentul de față secretar de stat la Ministerul Mediului.

Concurs câștigat pe muchie de cuțit

Reamintim faptul că situația de la Spitalul CF Iași trenează de la finalul anului trecut, când în pline negocieri la nivel național de pregătire a unităților medicale din subordinea Ministerului Transporturilor către UMF-uri și administrații locale, la Iași s-a organizat concurs pentru ocuparea definitivă a funcției de manager. Interimatul era asigurat până la momentul alegerii de dr. Cristina Mitrofan, medic angajat în ultimii ani la spital. Iar concursul a fost extrem de strâns.

Dr. Mihai Glod a obținut o notă mai mare la testul grilă, 8,30 față de 8,00 cât a luat dr. Cristina Mitrofan, în timp ce la probele următoare s-a impus dr. Mitrofan, dar la diferență mai mică. La analiza și susținerea proiectului de management, aceasta a obținut 9,79, față de 9,66 cât

a luat dr. Glod, în timp ce la interviul de selecție a luat 9,54, față de 9,46 cât a obținut dr. Glod. Media totală - 9,14 la 9,11, în favoarea dr. Mihai Glod, pe care comisia de concurs nu a dorit să îl lase, în primă etapă, să treacă de proba selecției dosarelor, pe motiv că nu avea cazierul judiciar „curat“. Acesta a depus însă contestație și aceasta a fost admisă.

Practic, diferența s-a făcut la testul grilă, unde cele 30 de subîntrebări obținute suplimentar de dr. Glod au fost suficiente pentru a-i asigura un avantaj și după prezentarea proiectului de management și după proba interviului de selecție.

Toți ochii au fost îndreptați asupra organizării competiției după ce „Ziarul de Iași“ a publicat o serie de materiale în care am ridicat semne de întrebare cu privire la transparența organizării și anunțării acestuia.

https://www.ziarul-deiasi.ro/stiri/exclusiv-concurs-cantec-si-scandal-pentru-functia-de-manager-la-spitalul-cf-anunt-ascunscerintedisparute-si-presiuni-pe-candidati-368441.html

https://www.ziarul-deiasi.ro/stiri/surpriza-la-spitalul-cf-3-sutimi-diferenta-dupa-ce-initial-fusesse-exclus-din-cursa-dr-mihai-glod-a-castigat-concursul-de-manager-369924.html

https://www.ziarul-deiasi.ro/stiri/exclusiv-oscrisoare-pierduta-varianta-spitalul-cf-iasi-dr-glod-asteapta-de-5-luni-numirea-ca-manager-dar-hartiile-s-au-pierdut-pe-drum-1639452.html

De la 1 iulie, persoanele neasigurate beneficiază de tratament complet de depistare și tratare a cancerului

Ca parte din noul Plan Național de Cancer, aflat în dezbateri în ultimii ani și în fază de implementare din 2023, pacienții români care nu sunt asigurați în sistemul național vor avea acces la același pachet de servicii precum persoanele asigurate atunci când vine vorba de prevenirea, diagnosticul și tratarea cancerului. Asta înseamnă că vor beneficia, fără costuri suplimentare, de analize medicale, vor putea accesa programele de screening care au fost și vor fi lansate în țară, cât și investigațiile imagistice necesare pentru confirmarea diagnosticului. Mai mult, aceștia vor putea urma apoi tratamentul cel mai bun pentru a putea învinge boala sau pentru a-și prelungi pe cât posibil viața.

Măsura intră în vigoare de săptămâna viitoare, de pe 1 iulie 2024, și a fost anunțată în luna aprilie de către președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Aceasta a fost aprobată printr-o hotărâre de Guvern, citată de 360medical.ro, care include și o altă serie de gratuități pentru persoanele neasigurate: testare pentru hepatita B, C și virusul HIV în cazul gravidelor.

„Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru tratamentul prescris de medicii de specialitate și pentru serviciile medicale și dispozitivele medicale recomandate de medicii de specialitate, cu excepția investigațiilor paraclinice acordate în ambulatoriu pentru confirmarea afecțiunii oncologice și pentru testarea pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV, precum și a serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care medicii de specialitate eliberează bilete de trimitere“, se arată în hotărârea citată de 360medical.ro.

În nota de fundamentare a deciziei Guvernului se menționează tipul de asistență medicală pe care o pot accesa, în privința patologiei de cancer, persoanele neasigurate: depistarea precoce a afecțiunii oncologice, confirmarea diagnosticului pentru persoanele cu suspiciune, asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, cât și asistență medicală spitalicească.

Primul pas la IRO: programarea online pentru evitarea cozilor

La Iași, la Institutul Regional de Oncologie, au început deja implementarea primilor pași din Planul Național de Cancer. Dar până la organizarea propriu-zisă a centrului regional presupus de acest plan, cei de la IRO oferă o soluție tocmai ca persoanele care vin, de la 1 iulie inclusiv cele neasigurate, să nu mai aștepte cu orele pe holurile instituției.

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

De ce este importantă programarea? Dr. Vasile Cepoi, fost director al DSP Iași, acum medic primar medicină internă în cadrul IRO Iași, a explicat pentru „Ziarul de Iași“ că în momentul de față o parte dintre cei care se prezintă la IRO și așteaptă pe holuri nu au un diagnostic de cancer sau o suspiciune înaltă. Cel mai des aceștia vin cu un bilet de trimitere de la medicul de familie, pe baza unor semne și a unei posibile afecțiuni depistată de un medic specialist, dar analizele dinaintea prezentării, inclusiv cele imagistice, sau o biopsie care să confirme cancerul, nu sunt realizate.

„La noi nu poți face RMN, CT, decât pentru pacienții la care le monitorizăm evoluția, care sunt deja diagnosticați. La cei nedistinctați nu avem capacitatea să facem aceste investigații, astfel încât spitalul la care se prezintă prima dată pacientul ar trebui să fie cel care duce până la capăt investigația, până la diagnostic. Măcar unul prezumtiv, bazat pe imagistică, sau confirmat chiar prin biopsie, cu care pacientul să se programeze la noi, să îl prelucram imediat și să începem tratamentul. Cu un bilet de trimitere pe care îl dă medicul de familie, că a fost la doctorul X de la spitalul Y și i-a spus că s-ar putea să aibă cancer. Și vine doar cu acel bilet de trimitere de la câteva sute de kilometri“, a punctat dr. Vasile Cepoi.

ambulatoriu pentru confirmarea afecțiunii oncologice și pentru testarea pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C și la gravidă, virusul HIV, precum și a serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi pentru confirmarea afecțiunii oncologice, pentru care medicii de specialitate eliberează bilete de trimitere“, se arată în hotărârea citată de 360medical.ro.

În nota de fundamentare a deciziei Guvernului se menționează tipul de asistență medicală pe care o pot accesa, în privința patologiei de cancer, persoanele neasigurate: depistarea precoce a afecțiunii oncologice, confirmarea diagnosticului pentru persoanele cu suspiciune, asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice, cât și asistență medicală spitalicească.

Primul pas la IRO: programarea online pentru evitarea cozilor

La Iași, la Institutul Regional de Oncologie, au început deja implementarea primilor pași din Planul Național de Cancer. Dar până la organizarea propriu-zisă a centrului regional presupus de acest plan, cei de la IRO oferă o soluție tocmai ca persoanele care vin, de la 1 iulie inclusiv cele neasigurate, să nu mai aștepte cu orele pe holurile instituției.

Începând cu ianuarie 2024, Institutul Regional de Oncologie a implementat un



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

De ce este importantă programarea? Dr. Vasile Cepoi, fost director al DSP Iași, acum medic primar medicină internă în cadrul IRO Iași, a explicat pentru „Ziarul de Iași“ că în momentul de față o parte dintre cei care se prezintă la IRO și așteaptă pe holuri nu au un diagnostic de cancer sau o suspiciune înaltă. Cel mai des aceștia vin cu un bilet de trimitere de la medicul de familie, pe baza unor semne și a unei posibile afecțiuni depistată de un medic specialist, dar analizele dinaintea prezentării, inclusiv cele imagistice, sau o biopsie care să confirme cancerul, nu sunt realizate.

„La noi nu poți face RMN, CT, decât pentru pacienții la care le monitorizăm evoluția, care sunt deja diagnosticați. La cei nedistinctați nu avem capacitatea să facem aceste investigații, astfel încât spitalul la care se prezintă prima dată pacientul ar trebui să fie cel care duce până la capăt investigația, până la diagnostic. Măcar unul prezumtiv, bazat pe imagistică, sau confirmat chiar prin biopsie, cu care pacientul să se programeze la noi, să îl prelucram imediat și să începem tratamentul. Cu un bilet de trimitere pe care îl dă medicul de familie, că a fost la doctorul X de la spitalul Y și i-a spus că s-ar putea să aibă cancer. Și vine doar cu acel bilet de trimitere de la câteva sute de kilometri“, a punctat dr. Vasile Cepoi.

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

Advertisement for ZIARUL DE IAȘI, featuring various news snippets and a car market analysis chart.

Cazul elevilor de la Strunga ajunși la spital - DSP a confirmat existența unui focar de gastroenterocolită

Ancuța POPA
Direcția de Sănătate Publică Iași a finalizat săptămâna trecută ancheta epidemiologică deschisă după ce 14 elevi de la școala din Strunga au ajuns să fie internați la Spitalul de Boli Infecțioase din Iași după ce au consumat mâncarea oferită la școală. Simptomele principale ale acestora au fost de greață și de vărsături, iar frica

personalului medical a fost că există posibilitatea unei infecții virale care să fi afectat copiii.
Cei de la DSP au închis însă ancheta epidemiologică și au confirmat existența unui focar de gastroenterocolită în cazul elevilor de la Strunga, fără a fi identificate elemente de transmitere virală a unei afecțiuni mai grave. Starea de sănătate a elevilor afectați este foarte bună, aceștia fiind externati din spital în data de 9 iunie 2024, la trei zile de la internare.
Ancheta a început pe 7 iunie 2024, când inspectorii DSP s-au deplasat la Școala Gimnazială Strunga și la firma

de catering implicată. În cadrul acțiunii de control, au fost recoltate 7 probe alimentare din mâncarea servită pe 6 iunie, o probă de apă de rețea din blocul alimentar, 3 probe de exudat nazal de la personalul prezent și 10 teste de sanitație de pe suprafețele de lucru, mâini și echipament de lucru. La Școala Gimnazială Strunga, s-au recoltat o probă de apă din rețeaua școlii, un exudat nazal de la personalul desemnat pentru servirea mesei și un sandwich din data de 6 iunie.
„Rezultatele analizelor au arătat că cele două probe de apă sunt corespunzătoare din punct de vedere chimic și microbiologic. Din cele patru probe de exudat nazal, trei au fost corespunzătoare și una necorespunzătoare.

Cele trei probe de coprocultură au fost corespunzătoare. În ceea ce privește probele alimentare, trei din opt au fost corespunzătoare și cinci necorespunzătoare. Dintre cele zece teste de sanitație, șapte au fost corespunzătoare și trei necorespunzătoare“, a transmis DSP Iași.
Ca măsuri imediate, DSP Iași a aplicat două sancțiuni contravenționale conform HG 857/2011. Având în vedere că din probele recoltate de la pacienți nu a fost izolat niciun germene patogen, diagnosticul de toxinfecție alimentară a fost infirmat, iar evenimentul a fost clasificat ca focar de gastroenterocolită acută. Ancheta epidemiologică a fost declarată închisă.

Sistemul de urgențe, împins la limita rezistenței: când sunăm la 112 și cine ne răspunde acolo?

Primul reflex pe care-l avem atunci când avem o problemă de sănătate este să sunăm la 112. Ce se întâmplă în spatele mecanismului complex de răspundere la situații de urgență? Cine decide ce echipaj să trimită, când anume, unde și câte

resurse să fie implicate în cazul unei intervenții? „Ziarul de Sănătate” explică în amplitudinea dosar de săptămâna aceasta care sunt pârgurile prin care medicii decid să trimită o ambulanță, o ambulanță cu medic sau elicopterul SMURD în

cazul unei urgențe. Totodată, ajunși la Unitatea de Primire a Urgențelor, pacienții vor fi triați pe baza unui cod de culori, în funcție de gravitatea rănilor, și vor aștepta uneori și peste două ore până le va veni rândul. Medicii urgențiști au

explicat pentru „Ziarul de Sănătate” de ce se ajunge la această situație, amintind și de unele abuzuri pe care le fac cei care apelează serviciul unic de urgență. Fiindcă Iașul are un număr limitat de ambulante care intervin la cazuri, iar mai bine de

jumătate dintre ele ar fi trebuit să fi fost deja casate. Dar și o ambulanță cu 1 milion de kilometri la bord încă mai poate salva vieți, dar apelul medicilor este îngrijorător: resursele se subțiază și cazurile devin din ce în ce mai multe.

Fie că sunt urgențe sau nu, toată lumea vine la UPU. De ce unii pacienți simt că așteaptă prea mult

Ina DUMITRESCU

„Plătesc asigurări de sănătate și doresc să îmi fac un set de analize”; „Mă simt rău de 2 săptămâni și am zis să vin la urgențe”; „Nu mai pot să am grijă de tatăl meu, așa că îl las la dumneavoastră”; „Vreau să mă trimită acasă cu ambulanța pentru că am venit cu ea chiar dacă nu am avut o urgență”.

Acestea sunt doar câteva dintre situațiile cu care se confruntă personalul medical de la Unitatea de Primire Urgențe a celui mai mare spital din Moldova, Spitalul „Sf. Spiridon” din Iași. Anul trecut, peste 95.000 de persoane au fost consultate în UPU. Zilnic sute de pacienți ajung aici, mulți având afecțiuni care ar putea fi tratate la medicul de familie sau în ambulatoriile de specialitate. Vin însă la urgențe, chiar dacă nu au o urgență, deoarece știu că problema lor de sănătate va fi investigată și rezolvată de medicii din UPU. În aceste condiții, supraaglomerarea a devenit un lucru obișnuit în Unitatea de Primire Urgențe de la Spitalul „Sf. Spiridon”.

Cum se face triajul pacienților

În UPU lucrează medici specialiști și primari de medicină de urgență, medici rezidenți care vin din structura Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, medici radiologi, asistenți medicali generaliști și de radiologie, brancardieri, infirmiere, registrați medicali și asistenți sociali.

Din cauza adresabilității extrem de mari către acest serviciu, există pacienți care atunci când ajung în UPU sunt nemulțumiți că așteaptă prea mult până sunt preluați

de către personalul medical. Ceea ce ar trebui să știe este faptul că medicii se ghidează, în preluarea pacienților, după un protocol național de triaj care are la bază scala de triaj ESI (Indicele de Severitate a Urgenței) cu cinci niveluri și coduri de urgență.

Potrivit protocolului, triajul este procedura prin care pacienții care ajung în UPU sunt evaluați și clasificați. Se realizează de un asistent medical cu experiență. Atunci când există neclarități în cazul evaluării pacientului se solicită sprijinul medicului șef de gardă.

Prof.dr. Diana Cimpoeșu, medic-șef UPU-SMURD Iași, spune că acest protocol de triaj se regăsește în Ordinul 443 din 2019 care prevede codurile de culoare, respectiv recomandarea timpului maxim de preluare a pacienților în spații atunci când nu sunt suficiente locuri.

Cinci niveluri și coduri de urgențe

„Codul roșu, resuscitarea, înseamnă stop cardiorespirator, comă, insuficiență respiratorie acută și soc. Pentru urgențele de cod roșu se intervine imediat pentru salvarea vieții, timpul de preluare fiind de zero minute. Codul galben înseamnă nivel critic, necesită evaluare și tratament în cel mult 15 de minute și se au în vedere valorile tensiunii arteriale, ale saturației de oxigen, ale scorului de comă Glasgow. Acesta este un instrument prin care se poate stabili și monitoriza nivelul de conștiență al unui pacient cu afectare cerebrală. În codul verde sunt incluși pacienții stabili hemodinamic care sunt preluați în cel mult 60 de minute și necesită două resurse pentru rezolvare. Este vorba de investigații imagistice, radiografii, ecografii, computer tomograf, analize de laborator, consultații de diverse tipuri, rezolvarea fracturilor, suturi de plăgi”.

a declarat prof.dr. Diana Cimpoeșu.

În acest cod verde sunt incluși pacienții ale căror investigații preliminare nu arată afecțiuni care le pot pune viața în pericol în perioada imediat următoare. Medicul șef UPU-SMURD spune că în codul albastru, care nu reprezintă urgențe, timpul de preluare este de cel mult 120 de minute. Aici sunt incluși pacienții cu funcții vitale stabile. Codul alb înseamnă vaccinarea, eliberarea de adevărte sau concedii medicale.

Specialiști puțini, analize multe, pacienți care nu sunt urgențe

Medicul ieșean explică faptul că timpul de preluare este acela până pacientul este văzut de un medic de urgență. Dar fiecare caz depinde de numărul investigațiilor și consultațiile necesare.

Pentru consultații există Ordinul nr.1706 din 2007, care se referă la solicitarea acestor consultații de către diverși specialiști din spital. În cazul urgențelor majore, aceștia trebuie să vină în 15 minute și în cazul celor ce pot fi amânate în 60 de minute.

Prof.univ.dr. Diana Cimpoeșu spune că acest interval poate să nu fie respectat, deoarece specialiștii din clinicile spitalelor, care asigură și consultații în UPU, întârzie justificând că au cazuri în clinică pe care nu le pot părăsi.

„Există specialități cu gardă unică, cu un singur medic în gardă și care trebuie să asigure și consultațiile în urgență. Este vorba de medicina internă, diabet, chirurgia vasculară, cea maxilo-facială. Sunt și clinici cu două linii de gardă precum cardiologia, ortopedia sau cu trei linii de gardă, vorbim aici de chirurgie. Timpul în care pacientul stă în urgență este cel necesar pentru precizarea unui dia-



gnostic. Acesta depinde și de consultul clinic. Chiar dacă este mai lung, e un timp petrecut în spital, în care pacientul este tratat și se fac manevre de diagnostic și terapeutice. Altfel spus, se faceau în câteva zile de internare și acum se fac în câteva ore”, a completat prof.dr. Diana Cimpoeșu.

25 de CT-uri pe noapte în urgențe

O altă explicație a depășirii timpului, în opinia medicului-șef UPU-SMURD Iași, este faptul că analizele din UPU se prelucrează în laboratorul central al spitalului unde ajung și toate probele pacienților internați în clinicile unității sanitare. De asemenea, numărul

investigațiilor imagistice, precum ecografiile, radiografiile sau CT-ul, a crescut. Se fac în timpul zilei de către medicii radiologi din UPU. Aceștia prioritizează cazurile primite, încep cu cele care au risc vital și urmează cele care pot să aștepte mai multe ore.

„Dacă înainte de pandemie erau două explorări computer tomograf pe noapte, acum avem în același interval orar între 20 și 25. Lucrurile se petrec astfel pentru că știința medicală a avansat, dar și pentru că medicii vor să se protejeze față de mulțimea de reclamații, în marea lor parte nejustificate. Medicii solicită, în încercarea de a se acoperi, investigații repetate, consulturi de către toate specialitățile atât pentru afecțiunea acută a

pacientului, cât și pentru celelalte afecțiuni de care acesta suferă. Și dacă are multe boli, vor fi și multe consulturi de specialitate. Unele dintre ele ar putea fi efectuate după internare sau în regim de ambulator, însă fiecare pacient vrea tot pentru el și fiecare familie solicită investigații suplimentare. Iar în condițiile în care avem în 24 de ore între 250 - 300 de pacienți și toți vor «acum», timpul de rezolvare crește”, a declarat prof.dr. Diana Cimpoeșu.

Pacienții solicită ambulantele în loc de taxi

O altă problemă care duce la supraaglomerare în UPU o reprezintă acei ieșeni care apelează la 112 și declară că

au o afecțiune ce a apărut acut, deși ei au simptome de două săptămâni. Prof.dr. Diana Cimpoeșu spune că în tot acest timp puteau să consulte medicul de familie sau să meargă în ambulatoriile de specialitate și problema ar fi fost rezolvată. Dar mulți așteaptă și boala se poate acutiza, iar situația lor poate deveni una urgență. Sunt și pacienți cu boli cronice care vin în UPU pentru consultații în condițiile în care aceștia ar trebui urmăriți de medicii curanți. O altă categorie de pacienți sunt cei care ajung în UPU cu ambulanța, li se rezolvă problema medicală, dar solicită să fie duși înapoi la domiciliu tot cu ambulanța pentru că „nu au bani de taxi”.

Există de asemenea și solicitări pentru consulturi

de specialitate în UPU Spiridon din partea spitalelor care nu au serviciu de urgență. Este vorba de Institutul de Psihiatrie „Socola”, Spitalul de Pneumoftiziologie și de Boli Infecțioase. Ca urmare a aflului de pacienți care ajung aici, medicul șef UPU-SMURD Iași spune că ar fi nevoie de un spațiu mai mare și mai multe dotări. O soluție ar fi noul spital regional de urgență.

„Ministerul Sănătății și Guvernul României au decis începerea construcției noului spital regional. Așteptăm darea lui în folosință deoarece așa cum este el proiectat: noul spital va fi mult mai mare și cu dotări ample”, concluzionează prof.univ.dr. Diana Cimpoeșu.

Cine decide când și ce fel de ambulanță vine la un apel 112: viața în dispeceratul comun UPU – SMURD – SAJ Iași



Ina DUMITRESCU

În analiza aceasta a serviciilor de urgență am încercat să răspundem la întrebarea: cine decide să trimită o ambulanță și în ce caz? Iar decizia la Iași este luată la nivelul Dispeceratul Integrat UPU-SMURD-SAJ Iași? Cel mai simplu și concis răspuns este salvarea de vieți omenești. O fac medicii, asistenții, paramedicii, operatorii și șoferii de pe mașinile UPU-SMURD sau de la Serviciul de Ambulanță Județean.

În Dispeceratul Integrat UPU-SMURD-SAJ decizia coordonării echipajelor de prim-ajutor se face prin rotație. O zi se află la coordonare un medic de la SAJ, în cealaltă zi un medic din cadrul UPU-SMURD. Acesta din urmă face gardă și în Unitatea de Primire Urgențe de la Spitalul „Sf. Spiridon”. „De când s-a înființat Dispeceratul Integrat UPU-SMURD-SAJ, decizia de coordonare se face alternativ între cele două servicii de urgență”, explică prof.dr. Diana Cimpoeșu, medic-șef UPU-SMURD Iași. „Dispecerizarea elicopterului și a echipajelor de prim-ajutor se face tot timpul cu un medic de la UPU-SMURD, care în zilele când este la coordonare decizională un medic de la ambulanță doar îl dublează pe acesta. Medicul de la

UPU-SMURD comunică cu echipajul de pe elicopter și cu celelalte echipaje de prim-ajutor, urmărește un ecran de telemedicină unde se pot transmite date de la echipajele cu paramedici și asistenți din teren”, a completat prof.dr. Diana Cimpoeșu.

Urgențele în presprial, cazuri de cod roșu sau verde

Ordinul nr.2021 care clasifică urgențele în presprial este baza de orientare a dispeceratului. Medicul spune că există operatori care aparțin SAJ și care stau de vorbă cu persoanele care apelează numărul de urgență 112 și încadrează misiunea de salvare. Operatorii încearcă să afle de la apelant gradul de urgență, starea de

conștiență, dacă persoana pentru care se solicită ambulanța respiră, se mișcă sau vorbește. După aceste criterii se încadrează solicitările care pot fi cazuri de cod roșu sau verde.

„La cazurile cu cod roșu se încearcă trimiterea unei ambulanțe cu medic, dar dacă nu e disponibilă, este direcționată o ambulanță cu asistent sau paramedic și apoi se va trimite la întâlnire o a doua ambulanță sau elicopterul. Există de asemenea și operatorii de la pompieri pentru că poate să fie vorba de un incendiu și se decide că este nevoie atât de ambulanță, cât și de mașina de pompieri. Sau poate fi vorba de un accident la care se decide că e nevoie de desarcerare, poliție, ambulanță. Ordinul este făcut pe principiul echipa-

jului cel mai competent și cel mai apropiat de locul solicitării”, a punctat prof.dr. Diana Cimpoeșu.

UPU-SMURD are un echipaj cu medic pe Iași, așa cum au aproape toate județele, în afară de Cluj care are două. Există și echipajele cu paramedici care se deplasează la solicitări în Iași, Podu Iloaie, Tg. Frumos, Pașcani, Hârlău, Rădăuțeni și Târnăveni.

La solicitare formăm un echipaj de neonatologie, terapie intensivă nou-născuți atunci când sunt cazuri care se anunță în dispeceratul, fie că a născut cineva în teritoriu, fie că trebuie transferat nou-născuțul de la un spital la altul. „Încercăm să facem față tuturor solicitărilor, dar constatăm de multe ori că numărul de echipaje este insuficient”, a concluzionat medicul-șef UPU-SMURD.

În Iași sunt circa 100 de ambulanțe SAJ și SMURD, dar necesarul e mult mai mare. Sunt mașini și cu peste 1 milion de kilometri la bord

În momentul de față, în Iași, serviciul de urgență în cazul unui apel medical la 112 este asigurat de Serviciul Județean de Ambulanță Iași și de SMURD. În cazul Ambulanței, situația este departe de a fi ideală, după cum explică și managerul instituției, dr. Angelica Hristea. În ciuda eforturilor personalului medical, dacă nu vor exista dotări și investiții majore la nivelul serviciului până la finalul anului, întregul sistem poate subamba.

„Ne descurcăm foarte greu, avem 77 de ambulanțe în momentul de față în tot județul, dar din acestea nu toate fac urgențe. Din 2020 nu am mai primit mașini noi, anul trecut au fost cinci, însă de tip A, pentru transport pacienți, care nu ne ajută

absolut deloc. Tragem cu dinții de ce avem, de ambulanțele vechi, facem tot ce se poate, dar la cum arată lucrurile vor ajunge spre sfârșitul anului într-un punct în care ne va mai putea”, a declarat dr. Angelica Hristea.

Conform acesteia, în momentul de față există o licitație pentru achiziționarea de ambulanțe pentru serviciile județene, dar ea se derulează centralizat, la nivelul întregii țări, de către Inspectoratul General pentru Situații de Urgență. Spune că nu știe câte mașini ar urma să fie repartizate Iașului, dar oricâte ar fi e mare nevoie de ele.

Situația este atât de dramatică încât SAJ Iași a apelat la tot felul de soluții pentru a-și menține parcul auto viabil. În primul rând a

fost revitalizat atelierul propriu de reparații, care lucrează cot la cot cu serviciile autorizate pentru a ține pe linia de plutire. Apoi, anul trecut, au fost salvate cinci ambulanțe pe care alte servicii din țară le-au dat spre casare: aduse la Iași, au fost reparate și încă fac misiuni.

„Peste 65% dintre ambulanțele pe care le avem trebuie casate. Chiar și cele primite «noi», din 2024, au deja deficiențe la ritmul în care se lucrează. Zilnic avem 10, chiar și 16 mașini care stau pe tușă, dar lucrăm și ținem cu dinții de ficcare. Acum, pe lângă cele tehnice, avem probleme suplimentare și cu aerul condiționat, la ce temperaturi sunt nu poți trimite fără AC o mașină în teren”, a punctat dr. Angelica Hristea.

Cinci ambulanțe date la casat în Galați și Olt, luate de Iași ca să le repare

Necesarul de ambulanțe e calculat la populația județului, la care se adaugă și turiștii, a explicat managerul. Este greu, spune ea, de estimat câte mașini ar fi nevoie în caz optim, dar de măcar încă jumătate din flota curentă s-ar putea face uz cu actuala structură de personal, care este la rândul ei deficitară. Cazul ideal ar fi cel în care ambulanța să stea în așteptarea cazurilor, iar nu azurile să stea până când se eliberează un echipaj care poate să le preia.

„Înainte, ambulanțele stăteau o tură sau două, le «odihneau» cum ar veni, acum lucrează 24/24 pentru că nu avem destule. Cum a terminat tura de zi, o ia tura de noapte și tot așa, nu avem de unde să ne permitem să stea ambulanța. De aceea am luat trei mașini de la Galați și două de la Olt, care erau date pentru casare, pentru a încerca să le reparăm cu resursele proprii și acum circulă pe străzile din Iași. Am de pus și un proiect cu Republica Moldova, achiziții din fonduri europene, dar fiind un apel competitiv, va dura”, a mai spus managerul.



uz către serviciile județene. La Iași, însă, nu a găsit astfel de deschidere când a vorbit la cele două instituții.

schema, dar cu oamenii care sunt, dacă am avea mașini destule, am putea să facem față, chiar dacă cu mari eforturi”, a conchis managerul.

Zece ambulanțe au deja 1 milion de kilometri la bord

„O ambulanță de urgență care ne trebuie, de tip B, este circa 120.000 - 140.000 de euro, iar cele de tip C sunt mult mai scumpe, fiindcă aparatura face diferență. Iar în ultima perioadă a crescut și numărul de tineri care sunt consumatori de servicii de urgență, cu toate problemele legate de droguri, alcool și altele. Personal am găsi, dacă am avea mașini, că avem posibilitatea să lucreze de garzi. Ne-ar mai trebui cam 25% să completăm integral

La nivelul anului trecut, conform unui raport de activitate, la nivelul SAJ Iași aproape jumătate dintre ambulanțe aveau între 400.000 și 1.140.000 milioane de kilometri. Anul trecut, cinci ambulanțe aveau peste 1 milion de kilometri, iar alte cinci aveau peste 950.000 și sigur au depășit borna între timp, dacă nu au fost casate până în momentul de față. În 2023, ambulanțele SAJ au mers în total peste 3,75 milioane de kilometri. Practic, într-o zi, s-au făcut peste 10.000 de kilometri, iar într-o lună peste 300.000, de mai mult de șapte ori ocolul Pământului pe linia Ecuatorului.

Iașul va avea trei elicoptere de intervenție

Situația arată mai bine, dar nu cu mult, la nivelul SMURD-ului. Colonelul Ionuț-Ciprian Grădinaru, inspector-șef al ISU Iași, spune că ar mai fi nevoie de încă jumătate din actualul parc auto pentru a putea acoperi eficient toate solicitările. La Iași activează în momentul de față 16 ambulanțe de tip B2, trei de Terapie Intensivă Mobilă, trei autospeciale pentru preluarea victimelor multiple.

Există însă un sistem de intervenție și rezerve la SMURD: în permanență un echipaj stă în rezervă, iar dacă cel din activitate e prins la o acțiune sau se defectează, să poată fi unul care să ajungă la fața locului.

„Avem o autospecială de terapie intensivă pentru pacienți cu risc biologic, cu o infecție virală, cum a fost cazul în timpul pandemiei COVID-19 - este o achiziție mai recentă. Nu ne ajung mașinile, mai ales că populația județului aproape s-a dublat, de la circa 600.000 de locuitori e aproape 1 milion. Dacă am mai avea trei mașini, câte una la fiecare punct de intervenție, lucrurile ar fi mai bune. O ambulanță costă între 70.000 - 150.000 de euro, așteptăm și noi dotări suplimentare prin achiziția centralizată desfășurată de IGSU. Mai avem și două motocicletă de intervenție urbană și două elicoptere, urmează să primim și un al treilea - Blackhawk”, a mai precizat colonelul Ionuț-Ciprian Grădinaru.

SMURD: cum a luat viață serviciul de urgență devenit indispensabil astăzi în România

În sprijinul Serviciilor Județene de Ambulanță, în România funcționează din 1990 și SMURD - Serviciul Mobil de Urgență, Reanimare și Descarcerare. Pompierii și personalul medical care intervin în aceste situații de urgență s-au format cu un istoric tumultuos în România, cu multe opreliști și dificultăți. Redăm, în continuare, un istoric pe ani realizat chiar de cei de la SMURD, cu primii ani, de voluntariat, cu primele ambulanțe, primite prin donații sau cu primele pregătiri ale personalului, realizate în străinătate.

Anul 1990

În septembrie 1990, sub egida Clinicii de Anestezie Terapie Intensivă, a început experimentarea unui sistem de urgență ce funcționează și în alte țări europene. Acesta avea la bază transferul unui echipaj medical spitalicesc cu dotarea necesară la locul unde se află pacientul aflat în stare critică, în vederea acordării unui asistent medical de urgență calificat.

Echipajul era condus de un medic pregătit în domeniul anesteziei și terapiei intensive și în domeniul medicinii de urgență. La această fază de început, noul serviciu, numit SMUR sau Serviciul Mobil de Urgență și Reanimare, avea în dotare o singură mașină echipată pentru intervenție rapidă, fără posibilitatea de a transporta pacientul, transportul pacientului urmând să se facă cu o autosanitară a Serviciului de Ambulanță.

Anul 1991

În anul 1991, SMUR a primit prima ambulanță de reanimare sub forma unei donații din Germania. Această ambulanță urma să ușureze și în același timp să ridice nivelul îngrijirii pacientului în spital.

Până în octombrie 1990, noul sistem a funcționat în totalitate cu personal voluntar. Conducătorii ambulanței SMUR erau studenții ai Facultății de Medicină, medici sau voluntari ai Crucii Roșii din Tg. Mureș. După ce încercările de colaborare cu diferite instituții nu au avut rezultatul dorit, în luna octombrie 1991 a început o perioadă

experimentală de șase luni, punând echipajul Serviciului Mobil de Urgență și Reanimare sub coordonarea operativă a Grupului de Pompieri Militari Mureș, care urma, în această fază, să asigure conducătorii auto pentru ambulanța de reanimare și spații de cazare și instruire pentru personalul medical al SMUR-ului. Această încercare, care avea să reușească și să devină permanentă, a fost bazată pe modelele aflate în multe țări din lume, unde pompierii sunt direct implicați în acordarea asistenței medicale de urgență și a primului ajutor.

Asemenea modele există în Germania, Franța, Finlanda, Luxembourg, Statele Unite, Canada, Japonia, etc. În noul model de funcționare, SMUR-ul era sub coordonarea Clinicii de Anestezie Terapie Intensivă din punct de vedere medical și sub coordonarea Pompierilor din punct de vedere operativ.

Anul 1992

În anul 1992, Serviciul Mobil de Urgență și Reanimare a continuat să se dezvolte, concentrându-se asupra pregătirii personalului care era aproape în totalitate voluntar și asupra creării unor relații internaționale cu servicii similare din diferite țări. Primele țări cu care s-a realizat o colaborare de lungă durată, încă din 1992, au fost Marea Britanie și Norvegia. Astfel, Crucea Roșie Norvegiană din localitatea Sauda a început sprijinul prin dotarea SMUR-ului cu ambulanțe și echipament medical de urgență, iar Serviciul de Urgență al Spitalului Regal din Edinburgh și Brigada de Pompieri Strathclyde din Glasgow au început un program intens de sprijin pentru dezvoltarea asistenței medicale de urgență și pentru dotarea și pregătirea pompierilor în noi domenii de intervenție, cum ar fi descarcerarea și intervenția la accidentele chimice.

În luna noiembrie a anului 1992, în urma unui curs internațional ce a durat trei săptămâni, cu instructori din Germania, Olanda, Scoția și SUA, a avut loc o aplicație la care au fost invitați reprezentanți ai diferitelor ministere și instituții. În urma acestei aplicații, Ministrul Sănătății a declarat, prin ordi-

nul numărul 1094 din 5 noiembrie 1992, noul sistem din Târgu Mureș drept Centru Pilot Național. Acest statut avea să protejeze noul model pe parcursul anilor 1993-1997 împotriva rezistențelor mari cu care s-a confruntat sistemul și a tentativelor de oprire a activității sale. În cadrul cursului din 1992 a fost creat primul laborator de instruire pentru urgență donat de Fundația pentru o Societate Deschisă din Statele Unite.

Anul 1993

În anul 1993, după ce SMUR, timp de aproximativ 2 ani, a funcționat acordând asistență de urgență în faza prespitalicescă, o dezvoltare de mare anvergură a avut loc în luna mai, cu sprijinul colegilor de la Serviciul de Urgență al Spitalului Regal din Edinburgh. Aceasta dezvoltare a constat în crearea camerei de reanimare în cadrul Spitalului Clinic Județean Mureș în vederea continuării îngrijirii pacienților în stare gravă aduși de SMUR sau soșiți cu alte mijloace la spital, până la preluarea acestora de diferite secții ale spitalului.

În noua cameră de reanimare urmau să lucreze medicii, asistenții și voluntarii ce lucrau în cadrul echipajelor din faza prespitalicescă. Noua cameră de reanimare a redus mortalitatea în cadrul Serviciului de Primiri Urgență al Spitalului Județean Mureș cu aproximativ 50%.

Tot în anul 1993, Brigada de Pompieri Strathclyde din Scoția, a donat prima autospecială de descarcerare Grupului de Pompieri Mureș, instruire și personalul din cadrul Grupului în vederea utilizării corecte și eficiente a acestui echipament. Primul accident la care s-a utilizat acest echipament a avut loc chiar în ziua ceremoniei de predare a echipamentului donat.

Din anul 1993, Serviciul Mobil de Urgență și Reanimare (SMUR) a devenit Serviciul Mobil de Urgență, Reanimare și Descarcerare (SMURD). Tot în anul 1993, primele modele preluate după cel din Târgu Mureș au apărut la Oradea și la Sibiu, adoptând modul de funcționare al sistemului din Târgu Mureș.

Anul 1994

1994 a fost un an de mare importanță din punct de vedere al dezvoltării asistenței medicale de urgență în Județul Mureș și poate chiar la nivelul național. Cu sprijinul Serviciului de Urgență din Edinburgh și al BBC-Londra, s-a construit primul departament de urgență unic după modelul celor din Marea Britanie și Statele Unite. Noul Departament sau „Serviciu de Urgență” a fost amplasat în curtea Spitalului Clinic Județean Mureș și a început să funcționeze în 31 iulie 1994. Construirea acestui serviciu a durat aproximativ o lună și a angrenat forțe mari de muncă din Scoția cât și din Târgu Mureș, din partea armatei, a jandarmilor și a pompierilor, cât și din partea unor organizații și a unor voluntari care doreau să vadă noul serviciu cât mai rapid în funcțiune.

La nivelul Grupului de Pompieri, anul 1994 a adus o nouă activitate. Pompierii din Scoția au donat și au instruit pompierii mureșeni în ceea ce privește intervențiile la accidentele chimice, creând prima unitate de intervenție de acest fel a pompierilor din România. Împreună cu pompierii au participat la cursurile de formare și medicii din cadrul SMURD.

Anii 1995 și 1996

În anii 1995 și 1996 s-a continuat dezvoltarea sistemului și în mod deosebit a componentei de instruire și pregătire a medicilor și a asistenților veniți din diferite regiuni ale țării. Astfel, numai în anul 1997 a fost instruit la Târgu Mureș un număr de aprox. 250 de persoane, ce au inclus medici, asistenți și pompieri, iar în anul 1998 numărul persoanelor instruite a depășit 300.

În luna octombrie a anului 1996, Președintele țării a promulgat Legea 121 a Corpului Pompierilor Militari. Pentru prima dată în România, în cadrul acestei legi la art. 9 și la art. 18 lit.K se specifică faptul că pompierii militari au ca atribuții și acordarea asistenței medicale de urgență și descarcerare. Aceasta lege pune noul sistem în legalitate după o perioadă de experimentare de aprox. 5 ani. În urma noii legi, Serviciul Mobil de Urgență,

Reanimare și Descarcerare a primit numele de Stația de Intervenție pentru Asistență Medicală de Urgență și Descarcerare sau SIAMUD. În județul Mureș se folosesc la momentul actual ambele denumiri, SMURD și SIAMUD.

Anul 1997

În 1997, în urma unor cursuri intensive în medicina de catastrofe efectuate de colegii din Franța, s-a creat echipa de intervenție rapidă ce include 25 de persoane dotate cu pagere care permit chemarea lor la orice oră în cazul unor accidente grave. În anul 1998 această echipă a fost alarmată de 3 ori în vederea intervenției la accidente cu multiple victime. Pregătirea în acest domeniu continuă cu sprijinul Ambasadei Franței care finanțează anual un curs în domeniul medicinei de catastrofe.

Tot în anul 1997, s-a înființat noul dispecerat comun între SMURD și Serviciul de Ambulanță al Județului Mureș. Acesta are sediul în cadrul

Departamentului de Primiri Urgențe și este deservit de personal din cadrul Serviciului de Ambulanță Județean sprijinit și de personal din cadrul SMURD-ului.

Anul 1998

Anul 1998 a fost un an special pentru SMURD Tg. Mureș. După încercări pe parcursul a mai mult de doi ani, în luna iunie, pompierii au fost dotați cu o barcă de intervenție pentru apele intrateritoriale. Aceasta era necesară având în vedere încurcările în apele râului Mureș. În acest sens, numai în luna august a anului 1998, pompierii, împreună cu personalul SMURD, au intervenit de 6 ori, folosind această barcă.

În luna iunie 1998 a fost organizată o colecție publică în vederea achiziționării unei noi ambulanțe de reanimare complet dotate. Aceasta colecție a continuat până în luna decembrie a anului 1998, finalizându-se cu achiziționarea celei mai moderne ambulanțe de reanimare din România la un cost de 182.000 mărci ger-



mane, fiind dotată de firma Miesen-Germania. Suma în totalitate a fost asigurată de populația, instituțiile și firmele din Județul Mureș. Reușita acestui proiect a fost și rămâne o dovadă a percepției comunității față de activitatea desfășurată de SMURD.

Anul 1999

În anul 1999 s-a introdus în dotarea permanentă a SMURD un elicopter tip Alouette III.

Anul 2000

În anul 2000 au fost înființate două echipaje de prim-ajutor în cadrul pompierilor civili dotate cu defibratoare semiautomate, unul în comuna Ibănești, finanțat de primăria Ibănești, Hodac și Gurghiu, iar celălalt în

stațiunea Sovata, finanțat de Primăria Sovata.

Anul 2001

În anul 2001 s-a deschis primul dispecerat integrat 112 care deserveste Pompierii, Poliția, Ambulanța și SMURD. Dispeceratul este finanțat de Primăria Municipiului Târgu Mureș împreună cu alte primării din județ și cu Jandarmeria Română.

Anul 2007

În luna septembrie 2007 a avut loc inaugurarea echipajelor de prim-ajutor de tip SMURD din județul Iași. În acest an SMURD Iași a primit încă șase ambulanțe care au fost distribuite anumitor echipaje SMURD din județ (Hârlău, Șipote, Răducăneni, Târgu Frumos).

SPITALUL PROVIDENTA
medicină de bună credință

FĂ-ȚI TIMP PENTRU VIAȚĂ!

Pachet valabil în luna Iunie

NEUROLOGIE

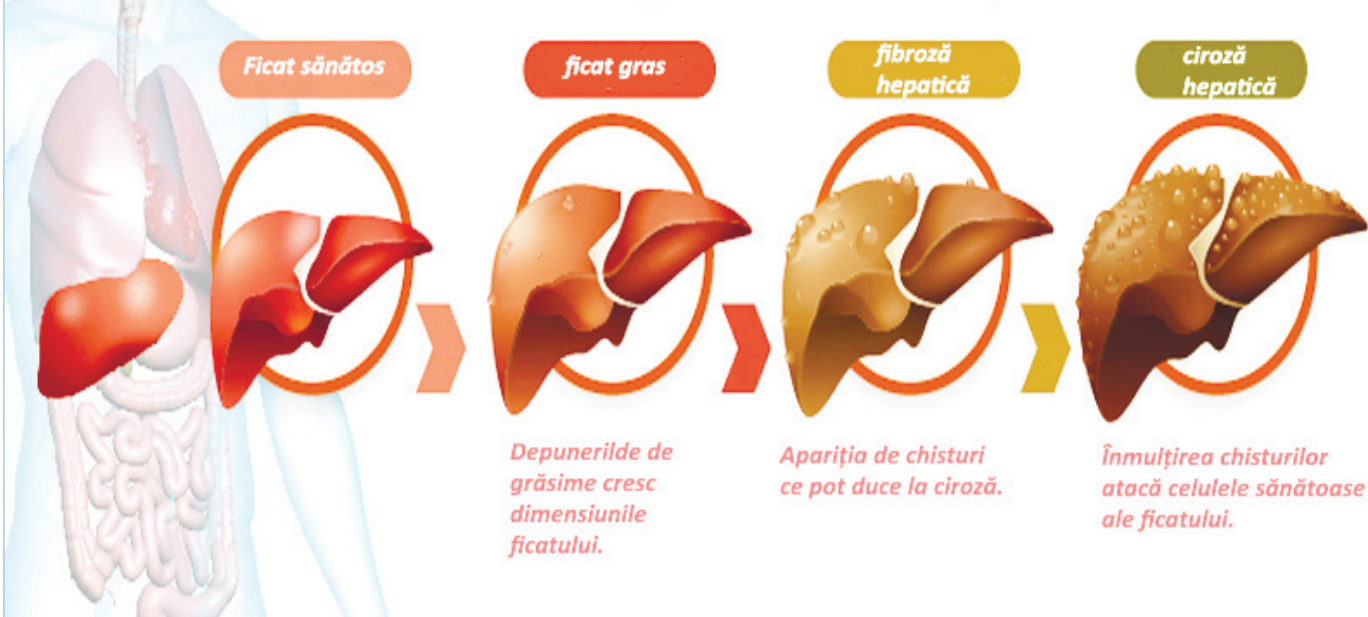
- Consultație
- CT Cranio-Cerebral Nativ
- Analize de laborator specifice

GRATUIT CU BILET DE TRIMITERE

Dr. Laura Brudiu
Medic primar Neurologie

Șoseaua Nicolina nr. 115, CUG, Iași
0232 241 271 / 0730 230 050
0745 375 427 (mesaj WhatsApp)
programari.spital@providentamedical.ro
Luni - Vineri 07:00 - 20:00

Stadii de degradare ale ficatului!



Hepatita autoimună

Dr. Gabriela Grigoraș, medic specialist Medicină internă, Arcadia: Hepatita autoimună reprezintă o afectare inflamatorie cronică a ficatului și apare atunci când sistemul imunitar al corpului atacă propriile celule hepatice, provocând leziuni și inflamație.

Hepatita autoimună poate apărea la orice vârstă, afectează mai frecvent femeile decât bărbații și este adesea însoțită de alte tulburări autoimune.

În pofida cercetărilor, cauzele hepatitei autoimune rămân încă necunoscute. Afectiunea nu este infecțioasă sau contagioasă.

Cele mai comune simptome ale hepatitei autoimune includ: oboseala extremă, pierderea apetitului, simptome ușoare asemănătoare gripei, dureri sau tumefacții articulare, greață, dureri abdominale, roșeața palmelor, prurit (mâncărime) tegumentar.

În cazuri mai grave pot apărea: icterul (îngălbenirea pielii și a ochilor), mărirea de volum a abdomenului prin acumularea de lichid în burtă, mărirea ficatului sau a splinei, urine închise la culoare și scaune deschise la culoare,

vărsături cu sânge sau sângerări rectale.

Diagnosticul hepatitei autoimune este laborios deoarece nu există teste specifice și presupune coroborarea mai multor investigații care includ analize de sânge și biopsie hepatică.

Testele de sânge includ: teste ale funcției hepatice (ALAT, ASAT), hemoleucograma completă, imunoglobulina G (IgG), panelul de coagulare, electroliții, autoanticorpii anti-mușchi netezi (anti-SMA), anticorpii anti-antigen solubil hepatic/antigen pancreas-ficat (anti-SLA/LP) și/sau anticorpii anti-microzomalni ficat-rinichi (anti-LKM).

Investigațiile imagistice cuprind ecografia abdominală, computer tomografia abdominală și IRM abdominală. Elastografia hepatică tranzitorie (de tip FibroScan) poate fi utilizată pentru a evalua rigiditatea ficatului, corelându-se cu severitatea leziunilor hepatice.

Biopsia hepatică este o investigație diagnostică minim invazivă care presupune prelevarea cu un ac a unor mici mostre de țesut din ficat. Aceste probe sunt analizate la microscop pentru a afla tipul de afecțiune hepatică prezentă.

Regimul dietetic trebuie să vizeze o dietă sănătoasă, echilibrată, cu evita-

rea toxicelor hepatice și a suplimentelor alimentare.

Tratamentul este cel mai eficient în cazurile în care hepatita autoimună este depistată precoce.

Medicamentele de tipul corticosteroidelor și imunosupresoarelor sunt utilizate pentru a reduce inflamația și activitatea sistemului imunitar hiperactiv. Medicatia se administrează sub supraveghere medicală atentă având în vedere posibilitatea apariției efectelor secundare.

Tratamentul poate dura între șase luni și câțiva ani pentru ca afecțiunea să intre în remisie. Unii pacienți necesită tratament intermitent pentru tot restul vieții, mai ales dacă afecțiunea recidivează sau este severă.

În unele cazuri, hepatita autoimună poate dispărea fără administrarea medicației, dar pentru majoritatea indivizilor, hepatita autoimună este o afecțiune cronică. Într-o proporție scăzută de cazuri, afectarea ficatului se poate agrava, cu evoluție spre ciroză hepatică sau insuficiență hepatică, necesitând efectuarea transplantului de ficat.

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

Tratamentul glioblastomului depinde de tipul, localizarea și extinderea tumorii

Anca Popa, Iași: Mama soțului meu, în vârstă de 72 de ani, locuiește în Bacău și a fost diagnosticată, în urmă cu o săptămână, cu glioblastom la o clinică din oraș. Este singură - soțul meu a murit în urmă cu doi ani - și se descurcă tot mai greu. Vorbește cu dificultate, uită, este confuză, are stări de greață și se plânge într-una de dureri de cap. Acum stă cu o femeie dar medicul de familie ne-a recomandat să vină la Spitalul de Neurochirurgie din Iași, deoarece acolo medicii au mai multă experiență.

Dr. Lucian Eva, medic primar neurochirurg, Manager Spitalului Clinic de Neurochirurgie Iași: „Cu cât soacra dvs ajunge mai repede într-un serviciu de neurochirurgie, cu atât mai bine, deoarece poate fi investigată și, ulterior, se poate stabili o conduită terapeutică.



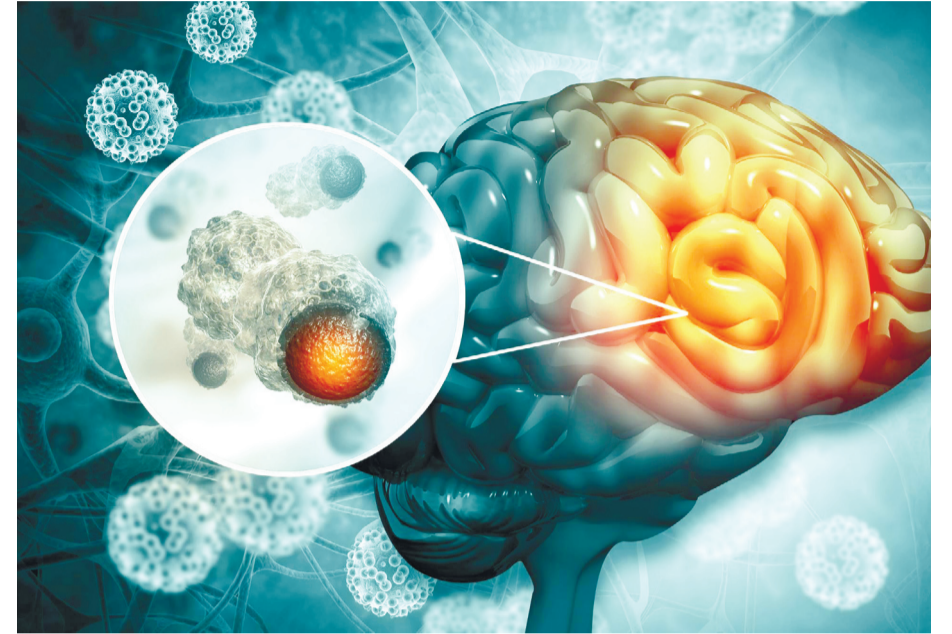
În ce privește glioblastomul, acesta este cea mai frecventă și agresivă formă de tumoră malignă la nivel cerebral în rândul adulților și afectează 2-3 persoane din 100.000, în fiecare an, și ocupă 52% din totalitatea tipurilor de cancer cerebral. Aceste tumori cerebrale apar cu precădere în rândul adulților cu vârste cuprinse între 45 și 70 de ani, observându-se o rată ușor mai crescută în rândul femeilor.

Din păcate, în astfel de cazuri, prognosticul este destul de rezervat. Totul depinde însă de tipul și de localizarea tumorii, de rata acesteia de evoluție, de răspunsul la tratament, dar și de vârsta sau starea generală de sănătate a pacientului.

Această tumoră, numită și glioblastom multiform, ia naștere din celulele gliale ale creierului și poate fi de 2 tipuri: glioblastom primar (de novo - cea mai frecventă și agresivă tumoră malignă cerebrală) sau glioblastom secundar (este mai rar întâlnit și are o evoluție mai lentă).

În funcție de simptome, de tipul de glioblastom descoperit și de starea de sănătate a pacientului, tratamentul constă în înlăturarea chirurgicală a tumorii, radioterapie, chimioterapie, imunoterapie sau terapii care sunt încă în fază experimentală, dar care oferă rezultate promițătoare.

Manifestările sunt severe și apar brusc, ca urmare a dezvoltării rapide a celulelor canceroase la nivelul creierului. Totuși simptomele pot fi diferite în funcție de localizarea și dimensiunea tumorii. Printre cele mai frecvente semne ale glioblastomului se numără: durerile puternice de cap (cauzate de presiunea intracraniană crescută), greață și vărsăturile, slăbiciunea musculară, tulburările de echilibru și de memorie, confuzia, hemiparезă, iritabilitatea crescută, incontinența urinară, crizele de epilepsie, probleme de vedere (vedere în ceață,



vedere dublă), tulburări de limbaj (afazie, dizartrie, anomie etc.), lipsa poftei de mâncare, tremorul, amețea, vertijul, insomnia.

Cauza glioblastomului nu este momentan cunoscută, dar specialiștii bănuiesc că anomaliile genetice pot avea un rol important. Mai este incriminată: vârsta - apare cu precădere la persoanele cu vârste între 45 și 70 de ani; expunerea la substanțe toxice sau la radiații ionizante - inclusiv radioterapia poate crește riscul de glioblastom; istoricul familial de cancer cerebral - deși nu există suficiente dovezi în acest sens.

Investigațiile cuprind: RMN cerebral cu substanță de contrast, CT cu substanță de contrast, PET/CT (tomografie computerizată cu emisie pozitronică). În situația unor tumori care nu pot fi rezecate dar ar putea beneficia de tratament oncologic, pentru confirmarea tumorii se poate recurge la biopsia cerebrală care presupune recoltarea unui fragment de tumoră, cu ajutorul unui ac special. Diagnosticul de certitudine se confirmă doar pe baza examenului anatomopatologic și imunohistochimic realizat pe fragmentul de tumoră recoltat prin biopsie sau prin rezecția tumorii.

În funcție de tipul, localizarea și extinderea tumorii, se va stabili metoda optimă de tratament.

Tratamentul glioblastomului depinde de tipul, dimensiunea și localizarea tumorii, precum și de vârsta, sănătatea generală și alegerea pacientului. Principala metodă de tratament constă în rezecția chirurgicală a tumorii, urmată de radio și chimioterapie, precum și medicamente care au rolul de a reduce presiunea intracraniană sau de a preveni crizele epileptice și simptomele asociate.

În unele cazuri, tumoră este redusă ca dimensiuni și compactă, așa că poate fi înlăturată cu ușurință și fără reacții adverse. Alteori însă sunt afectate și țesuturile învecinate, și este mult mai greu să fie îndepărtată toată masa tumorală, iar

operația este riscantă, pentru că celulele maligne sunt localizate în zone sensibile ale creierului și pacientul poate rămâne cu sechele grave (pareză, tulburări vizuale, afectarea capacității de a vorbi sau de a înțelege limbajul).

Trebuie reținut însă că operația este singura metodă prin care pot fi ameliorate simptomele glioblastomului. În prezent sunt efectuate operații pe creier în timp ce pacientul este treaz și conștient, tehnologia avansând enorm și oferind noi metode de chirurgie de mare precizie, cu riscuri minime.

Din cauza caracterului infiltrativ, nu se poate realiza o ablație completă, dar este posibilă îndepărtarea porțiunii solide și compacte. Cu alte cuvinte, cu cât țesutul tumoral este mai redus, cu atât șansele de supraviețuire sunt mai mari, dar numai dacă tumoră este îndepărtată în procent de minimum 98%. Având în vedere caracterul infiltrativ în țesut sănătos al leziunii și necesitatea unei rezecții cât mai ample, este esențială existența unei metode de diferențiere între țesutul patologic și cel sănătos.

Astfel, în cadrul acestui tip, avem posibilitatea utilizării unei tehnici intraoperatorii de evidențiere a tumorii utilizând Gliolan. Această substanță este derivată din protoporfirină, un precursor al globulinelor roșii, care colorează tumoră și zona infiltrată adiacentă în roz și creierul normal în albastru închis. Această tehnică ne permite realizarea unei rezecții supramarginale, în zona de infiltrat tumorale.

Pentru eliminarea acestor resturi tumorale se apelează în continuare la radioterapie și chimioterapie orală sau intravenoasă cu citostatice.

Din păcate, la acest moment, tumorile recidivează în, practic, toate cazurile, dar se vorbește tot mai mult în tratamentul acestor tumori despre imunoterapie, terapia cu celule stem, terapia țintită sau terapia personalizată.

Coșmarurile ar putea fi un semn de avertizare timpurie a unor boli autoimune

O creștere a numărului de coșmaruri pe care le are o persoană ar putea fi un semn de alarmă pentru anumite boli, potrivit unui studiu. Conduc de Universitatea Cambridge și King's College London, studiul a inclus un sondaj efectuat pe 676 de persoane cu lupus, o boală care determină sistemul imunitar să atace propriile țesuturi și organe, și 400 de medici.

De asemenea, studiul a inclus interviuri detaliate cu 69 de persoane care suferă de diverse afecțiuni autoimune inflamatorii cronice, inclusiv lupus, și 50 de medici.

Cercetătorii i-au întrebat pe pacienți despre momentul apariției a 29 de simptome neurologice și de sănătate mintală, inclusiv depresie, halucinații și pierderea echilibrului. În cadrul interviurilor, pacienții au fost rugați să enumere ordinea în care apar de obicei simptomele.

Mai puțin de una din patru persoane a raportat halucinații, deși majoritatea a spus că acestea nu au apărut decât în jurul debutului bolii sau mai târziu.

În urma interviurilor s-a constatat că trei din cinci pacienți cu lupus și unul din trei cu alte afecțiuni legate de reumatologie au avut coșmaruri care păreau foarte reale, înainte de a avea halucinații.

Simptomele lupusului conform Sistemului Național britanic de Sănătate (NHS)

Există o multime de simptome posibile ale lupusului. Principalele includ: dureri articulare și musculare; oboseală extremă care nu dispăre indiferent de cât de mult doarme o persoană; erupții cutanate care

apar de obicei după expunerea la soare - erupția cutanată apare adesea pe nas și obraji.

De asemenea, mai sunt posibile: dureri de cap; ulcerări bucale; temperatură ridicată; căderea părului; pierdere în greutate; glande umflăte, de obicei la nivelul gâtului, axilelor sau inghinală; depresie și anxietate; dureri de piept sau de burtă; modificări ale culorii degetelor de la mâini și de la picioare la frig, stare de anxietate sau stres (sindromul Raynaud).

„Este important ca medicii să vorbească cu pacienții lor despre aceste tipuri de simptome și să petreacă timp pentru a nota evoluția individuală a simptomelor fiecărui pacient”, a declarat autorul principal, dr. Melanie Sloan, de la Departamentul de Sănătate Publică și Îngrijire Primară de la Universitatea Cambridge.

„Pacienții știu adesea care simptome sunt un semn rău că boala lor este pe cale să se acutizeze, dar atât pacienții, cât și medicii pot fi reticenti în a discuta despre sănătatea mintală și simptomele neurologice, în special dacă nu își dau seama că acestea aparțin unei boli autoimune”, a precizat medicul.

Potrivit Asociației Lupus din Marea Britanie (Lupus UK), se crede că aproximativ 50.000 de persoane din Marea Britanie au această afecțiune.

„Timp de mulți ani am discutat despre coșmaruri cu pacienții mei cu lupus și am crezut că există o legătură cu activitatea bolii lor”, a adăugat profesorul David D'Cruz, de la King's College London. Potrivit acestuia, această nouă cercetare aduce dovezi asupra unei legături între coșmaruri și boli autoimune. „Îi încurajăm cu tărie pe medicii să întrebe despre coșmaruri și alte simptome neuropsihice - considerate neobișnuite, dar de fapt foarte frecvente în autoimunitatea sistemică - pentru a detecta mai devreme crizele bolii”, a precizat cercetătorul britanic.

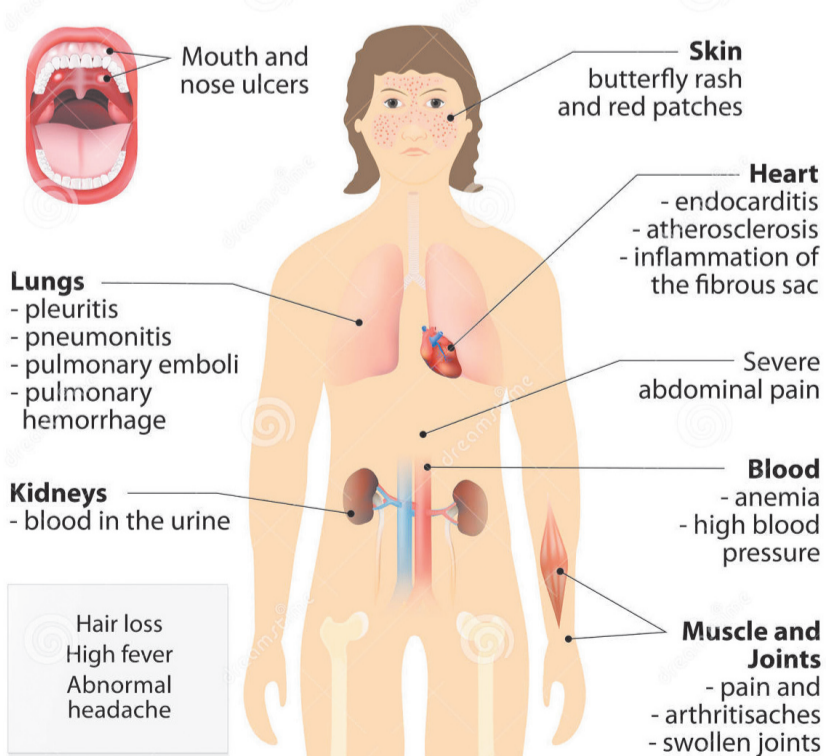
Studiul, publicat în revista online eClinicalMedicine, a constatat, de asemenea, că utilizarea cuvântului „coșmar” mai degrabă decât halucinația a fost mai eficientă pentru pacienți.

Lupusul este o afecțiune cronică care afectează sistemul imunitar, cauzând probleme la nivelul pielii, articulațiilor, rinichilor și altor organe (PA). Unele persoane cu lupus interviuate au fost, de asemenea, diagnosticate greșit cu probleme de sănătate mintală. Alți specialiști în îngrijire le-au spus cercetătorilor că au văzut pacienți „internți pentru un episod de psihoză”.

Aceștia au adăugat că lupusul nu este, de obicei, primul lucru care este depistat, ceea ce duce la „câteva luni dificile” pentru pacienți.

„Am fost foarte încântată să finanțăm această cercetare importantă; de ani de zile am suspectat că halucinațiile și coșmarurile sunt legate de lupus; mulți pacienți au vorbit despre faptul că au acest tip de simptome fără să știe că fac parte din boala lor”, a declarat Angie Davidson, de la Lupus Trust.

Complication of Systemic Lupus Erythematosus (SLE)



Riscul cardiac al femeilor crește vertiginos după menopauză

Noi cercetări pot ajuta la explicarea motivelor complexe pentru care riscul cardiac crește brusc după menopauză.

Bolile de inimă sunt principalul ucigaș în rândul populației, dar sunt adesea puțin recunoscute la femei, a declarat dr. Dena Krishnan, cardiolog, la o clinică de specialitate din Virginia, Statele Unite.

„Ceea ce observăm este că femeile au tendința de a avea simptome de mai mult timp, iar în momentul în care vin să ceară ajutor este foarte rău”, spune medicul.

Acum, există dovezi că, pe măsură ce femeile le scade estrogenul, riscul lor crește mai repede decât cel al bărbaților de aceeași vârstă.

Placa arterială a crescut de două ori mai repede, în medie, la femeile aflate la postmenopauză decât la bărbații cu caracteristici demografice și statut medical similare, potrivit unei cercetări prezentate la o conferință a Colegiului American de Cardiologie, bazată pe un studiu efectuat pe 579 de femei aflate la postmenopauză.

Medicii știu de mult timp că estrogenul pare să ofere protecție împotriva bolilor de inimă. Dar este greu de precizat modul în care menopauza interacționează cu alți factori de risc, cum ar fi genetica și stilul de viață, în parte pentru că debutul și durata acesteia variază atât de mult în rândul femeilor.

„Ceea ce arată acest studiu mai recent este că avem unele teste preventive pe care le putem face pentru a identifica femeile care altfel prezintă un risc scăzut, să zicem între 40 și 70 de ani”, spune dr. Krishnan, de exemplu testul pozitiv la troponină, o proteină eliberată atunci când inima este afectată.

Medicul subliniază că trebuie analizate toate motivele diferite pentru care s-ar putea ca o femeie să nu aibă suficient estrogen.



„Este foarte complex, deoarece știm că estrogenul are un impact asupra atâtor lucruri”, notează ea, menționând vasodilatația, sau lărgirea arterelor, și prevenirea rezistenței la insulină, printre alte beneficii.

Multe femei cred că soluția evidentă ar fi să ia estrogen, spune dr. Krishnan, dar nu este atât de simplu. În funcție de istoricul medical al unei persoane, administrarea de estrogen ar putea eventual să crească inflamația sau cheagurile de sânge sau chiar să contribuie la dezvoltarea cancerului.

„Asta este ceea ce face ca pentru fiecare femeie modul de gestionare a ris-

cului, să fie atât de unic”, a precizat medicul.

Simptomele femeilor în timpul unui infarct miocardic (atac de cord) sunt mai susceptibile de a include amețeli, oboseală și greață, dar femeile sunt, de asemenea, mai predispuși să respingă durerea toracică drept indigestie sau suprasolicitare, a indicat ea.

Femeile ar trebui să își întrebe medicul de familie despre sănătatea inimii lor; a subliniat specialistul, iar dacă prezintă simptome asupra cărora au îndoieli sau dacă au un istoric familial, ar putea avea nevoie de o programare la cardiologie, a recomandat medicul.

Suferințele articulațiilor sunt depistate cu ajutorul imagisticii prin rezonanță magnetică

Corina Popa, Iași: Fiul meu are 13 ani și joacă tenis de câmp. La unul dintre antrenamente a călcat greșit și are dureri în spatele piciorului drept, în zona tendonului lui Ahile. Medicul care l-a văzut i-a recomandat să facă o ecografie de părți moi și un RMN. Mă așteptam să îi recomand CT, de aceea aș vrea să știu ce prezintă această investigație și dacă există riscuri dacă o face.

Sef lucrări Dr. Vasile Fotea, medic primar radiolog în cadrul Spitalului Clinic de Urgențe „Sf. Spiridon” din Iași: „Este corectă recomandarea medicului care v-a văzut copilul.



Examinarea sistemului osteo-articular, structurile osoase beneficiază în principal de CT, articulațiile însă, sunt cel mai bine examinate prin IRM (ligamente, capsula articulară, discurile intervertebrale). Sistemul nervos central (creier și măduva spinării) este un alt beneficiar important al IRM, mai ales în regim electiv.

Imagistica prin rezonanță magnetică (IRM sau RMN) face parte din grupul de explorări de imagistică secțională care este utilizată pentru a obține imagini în secțiune ale structurilor interne ale corpului uman, a anatomiei acestuia. Astfel, prin comparație cu anatomia normală a corpului, medicul specialist în radiologie și imagistică medicală poate stabili existența unor țesuturi anormale în corp, să le caracterizeze, și, în corelație cu informațiile asupra simptomatologiei pacientului, analizele disponibile, istoricul personal și familial, să ofere medicului solicitant o opinie educată privind boala (diagnosticul) de care suferă pacientul (în măsura în care aceasta modifică anatomia normală la un nivel decelabil). Un lucru de care trebuie să se țină seama este acela că imagistica nu oferă un diagnostic anatomic-patologic (precum prelevarea de țesut anormal - biopsia) ci doar detectează anomalii, o caracterizează și oferă un diagnostic prezumtiv (cel mai probabil - după experiența în domeniu, sau o listă scurtă de diagnostice posibile) sau/și poate duce la recomandări pentru explorări suplimentare, imagistice sau de altă natură.

Imagistica prin Rezonanță Magnetică este explorarea imagistică secțională

care, utilizând unde radio în câmp magnetic, permite obținerea de secțiuni anatomiche prin corp în orice plan al spațiului. Aceasta se bazează pe fenomenul de Rezonanță Magnetică Nucleară, de unde și acronimul de RMN, mai popular, sub care este cunoscută examinarea. Dacă la CT din secțiunile axiale se obțin secțiuni în celelalte direcții ale spațiului (datorită rezoluției spațiale superioare) la IRM fiecare secvență se obține în direcția dorită, ceea ce înseamnă o durată mai mare a examinării. Există și aici secvențe speciale cum este difuzia (care poate ajuta în diferențierea benign versus malign), secvențele angiografice (angiogram), și diverse tipuri de contrast, cele mai comune fiind cele pe bază de gadolinium.

Diferența principală dintre cele două examinări derivă din forma de energie utilizată pentru a obține imaginile. De aici rezultă și principala calitate a fiecăreia dintre examinări: în timp ce CT excellează printr-o rezoluție spațială superioară (imagine mai fină), IRM excellează la rezoluția tisulară (capacitatea de a recunoaște diferențe fine dintre țesuturi, mai ales în lipsa utilizării substanțelor de contrast). Substanțele de contrast, bazat pe prezența vascularizației diferite, în diferite țesuturi, permit caracterizarea suplimentară a acestora (rezultatul ad acumularea diferită a sângelui și implicat a substanței de contrast în diferite faze ale circulației).

CT și IRM sunt explorări complementare. Ambele permit examinarea tuturor segmentelor și organelor din corp. Alegerea utilizării uneia dintre ele sau a ambelor și în ce secvență depinde de mulți factori, dificil de explicat în câteva cuvinte. Rezoluția spațială, cea tisulară, performanța relativ la organul țintă ca și rapiditatea examinării cu impact direct asupra volumului posibil de scanat sunt tot atâția factori ce influențează alegerea metodei utilizate, legat de patologia pentru care se prezintă pacientul, de unde derivă și întrebările clinice la care trebuie să răspundă examinarea imagistică. Aici intervine medicul clinician care examinează pacientul, formulează un diagnostic și alege explorarea imagistică care îi poate confirma suspiciunea sau măcar îi poate îngusta diagnosticul diferențial (lista de boli potențiale ale pacientului potrivite cu simptomatologia la prezentare).

Riscuri și limitări legate de IRM:

- nu poate fi efectuată pacienților care au în corp materiale fero-magnetice (clipuri metalice, stent-uri sau proteze) sau implanturi electronice (stimulator cardiac); în general, prezența oricăror implanturi trebuie comunicate medicului radiolog, pentru a se aprecia posibilitatea de examinare, existând actualmente și implanturi care permit accesul la IRM (acest lucru trebuie certificat cu siguranță în documentele medicale și asumat de medicul curant și pacient), respectiv prezența unor care deși nu sunt feromagnetice pot determina artefacte care să afecteze calitatea examinării;
 - claustrofobia nu permite efectuarea IRM, decât, eventual, cu sedare; aceasta este necesară și la copii mici, pacienții agitați (realizată de medic ATI);
 - deși studiile existente nu au dovedit că există riscuri, semnificativ statistic, cele potențiale în această perioadă de dezvoltare, ca și rezoluția scăzută relativ la volumul mic de examinat conduc la recomandarea de a se evita în primul trimestru de sarcină;
 - zgomotele generate în cursul examinării sunt controlate cu căști care să le estompeze și în care pacienții pot asculta muzică;
 - în timpul examinărilor lungi pacienții pot experimenta încălzirea corpului; de asemenea, persoanele cu tatuaje pot avea senzație de căldură la nivelul acestora, unele cerneluri conținând pigmenți metalici;
 - substanțele de contrast - deși se consideră că afectează mai puțin funcția renală, în realitate trebuie luate și aici aceleași măsuri de precauție ca în cazul CT.
- Atât CT cât și IRM oferă informații importante necesare pentru un diagnostic corect și implicat a unui tratament corect. În obținerea acestui deziderat, pacientul trebuie să colaboreze atât cu medicul clinician cât și cu medicul imagist, furnizând toate detaliile și documentele medicale de care dispune și cooperând cât de bine poate, atât în ceea ce privește pregătirea examinării (când este necesar) precum și în timpul examinării. ●



ADN-ul viral străvechi din genomul uman, legat de tulburări psihiatrice majore

O nouă cercetare condusă de King's College din Londra a descoperit că mii de secvențe de ADN provenite din infecții virale străvechi sunt exprimate în creier, unele dintre ele contribuind la predispoziția pentru tulburări psihiatrice precum schizofrenia, tulburarea bipolară și depresia.

Aproximativ opt la sută din genomul nostru este alcătuit din secvențe numite Retrovirusuri endogene umane (HERV), care sunt produse de infecții virale străvechi care au avut loc cu sute de mii de ani în urmă.

Până de curând, se presupunea că aceste „virusuri fosile” erau pur și simplu junk - secvențe de ADN care nu au nicio funcție biologică importantă în organism. Cu toate acestea, datorită progreselor în cercetarea genomică, oamenii de știință au descoperit acum unde se află în ADN-ul uman aceste virusuri fosile, ceea ce le permite să înțeleagă mai bine când sunt exprimate aceste secvențe de ADN și ce funcții pot avea.

Noul studiu se bazează pe aceste progrese și este primul care arată că un set de HERV-uri specifice exprimate în creierul uman contribuie la predispoziția pentru tulburări psihiatrice, marcând un pas înainte în înțelegerea componentelor genetice complexe care contribuie la aceste afecțiuni.

„Acest studiu folosește o abordare nouă și robustă pentru a evalua modul în care susceptibilitatea genetică pentru tulburările psihiatrice își

transmite efectele asupra expresiei secvențelor virale antice prezente în genomul uman modern”, a declarat dr. Timothy Powell, coautor principal al studiului și conferențiar la Institutul de Psihiatrie, Psihologie și Neuroștiințe (IoPPN), King's College London (KCL).

Rezultatele sugerează că aceste secvențe virale joacă probabil un rol mai important în creierul uman decât se credea inițial, profilele specifice de expresie HERV fiind asociate cu o predispoziție crescută pentru unele tulburări psihiatrice.

Studiul a analizat date provenite din studii genetice de mare amploare care au implicat zeci de mii de persoane, cu afecțiuni psihice și fără, precum și informații din probe de creier prelevate în urma autopsiei de la 800 de persoane, pentru a explora modul în care variațiile ADN legate de tulburările psihiatrice afectează expresia acestor HERV.

Deși majoritatea variantelor genetice de risc legate de diagnosticul psihiatric au avut impact asupra unor gene cu funcții biologice bine cunoscute, cercetătorii au descoperit că unele variante genetice de risc au afectat în mod preferențial expresia HERV.

Cercetătorii au raportat cinci semnat-uri robuste de expresie HERV asociate cu tulburările psihiatrice, inclusiv două HERV care sunt asociate cu riscul de schizofrenie, una asociată cu un risc atât pentru tulburarea bipolară, cât și pentru schizofrenie, și una asociată cu riscul de depresie.

„Știm că tulburările psihiatrice au o componentă genetică substanțială, multe părți ale genomului contribuind în mod incremental la susceptibilitate. În studiul nostru, am reușit să investigăm părți ale genomului care corespund HERV-urilor, ceea ce a dus la identificarea a cinci secvențe care sunt relevante pentru tulburările psihiatrice”, a declarat dr. Rodrigo Duarte, primul autor și cercetător la IoPPN, KCL.

Deși nu este încă clar cum afectează aceste HERV celulele creierului pentru a conferi această creștere a riscului, constatările studiului sugerează că reglarea expresiei lor este importantă pentru funcția creierului, a menționat el.

Cercetătorii au specificat faptul că sunt necesare cercetări suplimentare pentru a înțelege funcția exactă a majorității acestor HERV, inclusiv a celor identificate în acest studiu.

Echipea speră că o mai bună înțelegere a acestor virusuri străvechi și a genelor cunoscute implicate în tulburările psihiatrice are potențialul de a revoluționa cercetarea în domeniul sănătății mintale și de a conduce la noi modalități de tratare sau diagnosticare a acestor afecțiuni.

Publicat în revista Nature Communications, studiul a fost finanțat parțial de către Institutul Național pentru Cercetare în domeniul Sănătății și al Îngrijirii (NIHR) Centrul de cercetări biomedicale Maudsley și de către Institutele Naționale de Sănătate (NIH) din Statele Unite. ●

Potențial medicament care ar putea întârzia apariția bolilor Parkinson și Alzheimer

Un laborator american a făcut o potențială descoperire în ceea ce privește întârzierea apariției bolii Alzheimer și Parkinson și tratarea hidrocefaliei.

Echipea din cadrul Departamentului de Chirurgie al Facultății de Medicină Keck de la Universitatea Southern California (USC) a dezvoltat un potențial medicament care poate ajuta la eliminarea lichidului și a resturilor celulare toxice din creier.

La fel ca organismul, creierul are propriul sistem limfatic care elimină deșeurile celulare.

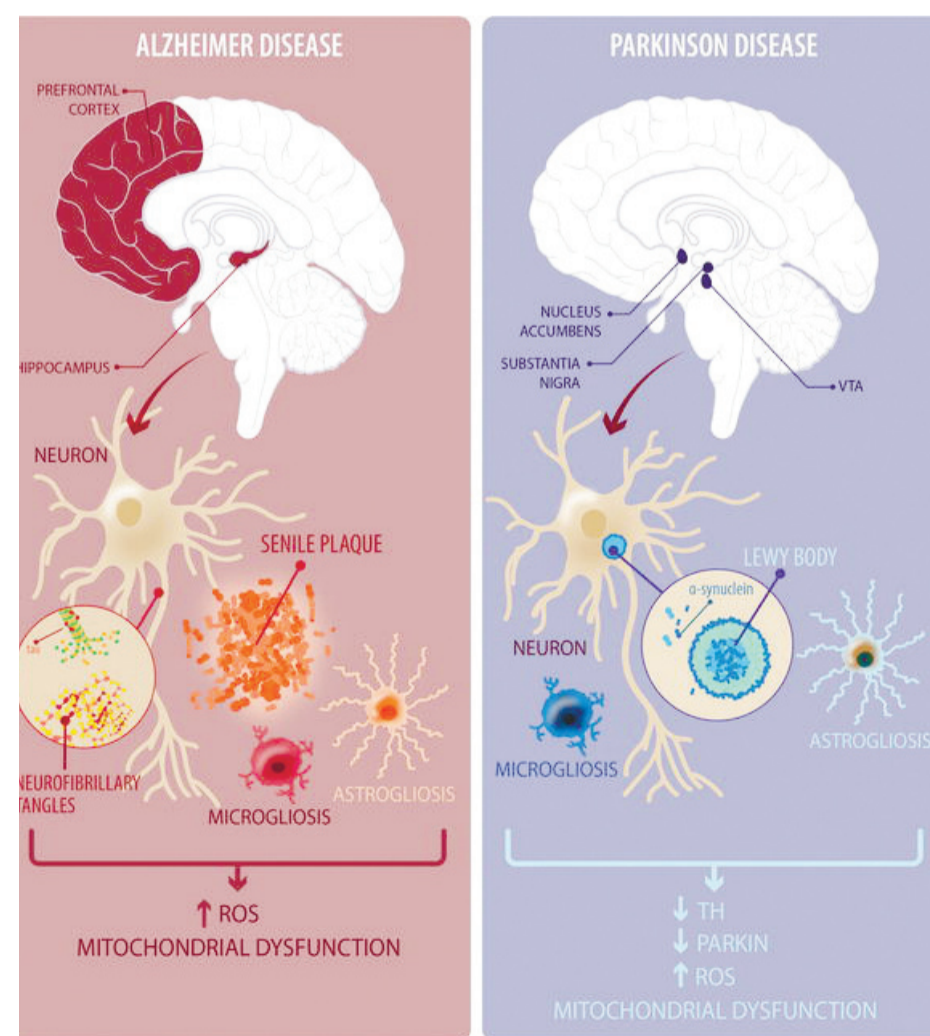
„Seamănă foarte mult cu un sistem de canalizare - și asta înseamnă că trebuie să se dreneze bine pentru ca acesta să funcționeze și să mențină totul curat”, explică Young-Kwon Hong, șeful Departamentului de Cercetare științifică de bază din cadrul Departamentului de Chirurgie de la USC.

Atunci când sistemul limfatic al creierului nu se drenează bine se pot acumula fluide și resturi. Acumularea de lichid înseamnă că există mai puțin spațiu pentru lichidul cefalorahidian, care hrănește creierul și amortizează șocurile la care este supusă cutia craniană.

Hidrocefalia este o acumulare de lichid în creier. Acest lichid poate apăsa atât craniul, cât și creierul însuși. Întrucât dezvoltarea osoasă a craniului este incompletă la copii, hidrocefalia poate provoca o deformare a craniului, precum și potențiale daune creierului în creștere.

La adulți, hidrocefalia face ca creierul să apese craniul, ceea ce duce la dureri de cap și la o serie de simptome, de la probleme de vedere până la dificultăți de coordonare și probleme cognitive.

În privința bolilor Parkinson și Alzheimer, acestea au cauze multiple, dar deșeurile și acumularea de plăci în creier reprezintă un factor semnificativ pentru fiecare dintre ele.



Laboratorul de la USC a construit cercetarea pe ipoteza că ar putea accelera scurgerea fluidului și a deșeurilor din creier.

„Gândiți-vă la o chiuveță de bucătărie care se scurge prea încet pentru că are o țevă de doi centimetri”, a spus el. „Noi vă putem oferi o țevă de patru inci”. Echipea a s-a gândit să stimuleze manual procesul de drenaj.

Astfel, echipa a dezvoltat un compus care declanșează o creștere a diametrului vaselor limfatice.

Cercetările au fost publicate recent în revista Nature Neuroscience, în timp ce echipa continuă să avanseze cu această evoluție interesantă. ●

Pagini realizate de Mihaela CĂNĂNĂU



A fost inventat plasturele inteligent care poate detecta precoce cancerul de piele

Melanomul este unul dintre cele mai agresive forme de cancer de piele, fiind al 17-lea cel mai frecvent cancer la nivel mondial, potrivit World Cancer Research. Estimările oamenilor de știință de la Agenția Internațională pentru Cercetare a cancerului (IARC) preconizează că numărul de cazuri noi de melanom cutanat va crește cu peste 50% pe an, între 2020 și 2040. Acum, cercetătorii de la Institutul Karolinska au dezvoltat o nouă metodă de detectare a melanomului.

Un nou tip de plasture echipat cu micro-ace poate identifica direct în piele un biomarker pentru melanom, potrivit unui studiu publicat recent în revista Advanced Materials.

Plasturele este echipat cu micro-ace care pot detecta tirozinaza, o enzimă care este un biomarker important pentru melanom.

Măsurând nivelurile enzimei direct în piele, cercetătorii pot identifica rapid modificările legate de acest cancer agresiv.

„Am folosit țesut uman de la persoane sănătoase. Aplicând tirozinaza direct pe piele, am reușit să mimăm cancerul de piele”, explică ultimul autor al studiului, Onur Parlak, profesor asociat la Departamentul de Medicină, de la Karolinska.

Acesta este un progres important pentru îmbunătățirea monitorizării sănătății pielii și poate fi folosit și pentru

a depista alți biomarkeri printr-o simplă schimbare de design, notează autorii.

Melanomul este cea mai gravă formă de cancer de piele și cancerul cu cea mai rapidă creștere.

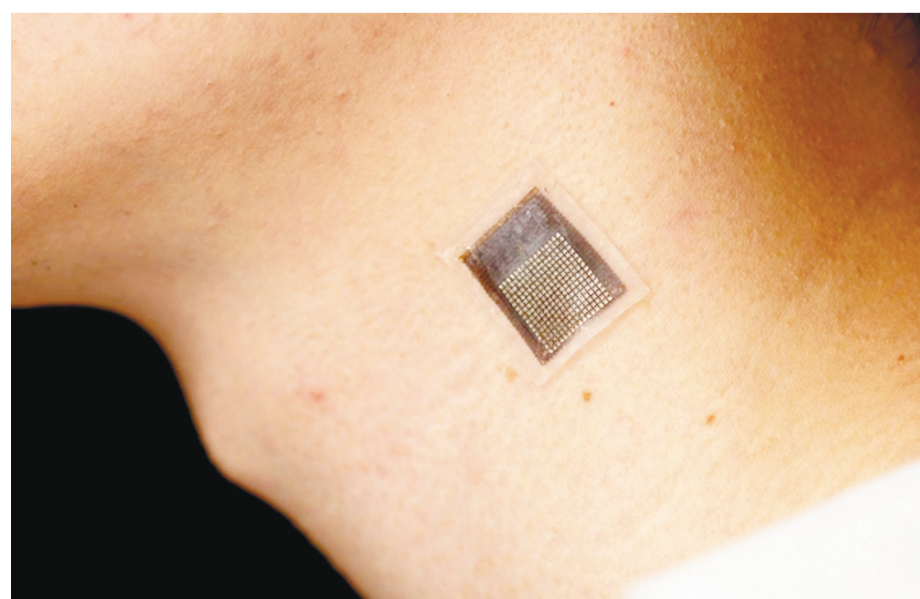
Studiul arată că noul plasture ar putea fi o alternativă la metodele actuale de diagnosticare, conducând la detectarea și tratarea mai devreme a melanomului.

Cercetătorii speră că munca lor va contribui la reducerea numărului de

proceduri și la îmbunătățirea calității vieții pacienților.

„Metoda noastră este mai puțin invazivă și are potențialul de a oferi rezultate mai rapide și mai fiabile în comparație cu biopsiile tradiționale”, spune prof. Parlak.

Scopul cercetătorilor este acum de a continua să dezvolte și să îmbunătățească această tehnică pentru a oferi diagnostice mai precise și mai nedureroase. ●



Recomandări ample DSP în caz de caniculă: până la 4 dușuri pe zi, importanța aerului condiționat, evitarea alcoolului

Cătălin HOPULELE

În fiecare an, Direcția de Sănătate Publică Iași vine cu o serie de recomandări în perioadele caniculare, care reiau principalele sfaturi ale medicilor spre care este îndemnată întreaga populație a Iașului. Cei de la DSP vorbesc despre evitarea expunerii prelungite la soare între orele 11.00 și 18.00, consumarea multor lichide, fructe și legume proaspete, evitarea consumului băuturilor alcoolice sau a celor puternic cofeinizate. „Ziarul de Sănătate” vă prezintă cele mai importante recomandări, grupate sintetic de către cei de la DSP Iași.

Recomandări generale

- Evitați, pe cât posibil, expunerea prelungită la soare în intervalul 11.00 - 18.00;
- Dacă aveți aer condiționat, reglați aparatul astfel încât temperatura să fie cu 5 grade mai mică decât temperatura ambientală;
- Ventilatoarele nu trebuie folosite dacă temperatura aerului depășește 32 de grade Celsius;
- Dacă nu aveți aer condiționat în locuință, la locul de muncă, petreceți 2 - 3 ore zilnic în spații care beneficiază de aer condiționat (spații publice, magazine);
- Purtați pălării de soare, haine lejere și ample, din fibre naturale, de culori deschise;
- Pe parcursul zilei faceți dușuri căldute, fără a vă șterge de apă;
- Beți zilnic între 1.5 și 2 litri de lichide, fără a aștepta să apară senzația de sete. În perioadele de caniculă se recomandă

consumul unui pahar de apă la fiecare 15 - 20 de minute;

- Nu consumați alcool deoarece acesta favorizează deshidratarea și diminuează capacitatea de luptă a organismului împotriva căldurii;
- Evitați băuturile cu conținut ridicat de cofeină (cafea, ceai, Cola) sau de zahăr (sucuri răcoritoare carbogazoase) deoarece acestea sunt diuretice;
- Consumați fructe și legume proaspete (pepene galben, roșu, prune, castraveți, roșii) deoarece acestea conțin o cantitate mare de apă;
- O doză de iaurt produce aceeași hidratare ca un pahar de apă;
- Evitați activitățile în exterior care necesită un consum mare de energie (sport, grădinarit etc.);
- Aveți grijă de persoanele dependente de voi (copii, vârstnici, persoane cu dizabilități) oferindu-le regulat lichide, chiar dacă nu vi le solicită;
- Păstrați contactul permanent cu vecini, rude, cunoștințe care sunt în vârstă sau cu dizabilități, interesându-vă de starea lor de sănătate.

Cum putem limita creșterea temperaturii în locuințe:

- Închideți ferestrele expuse la soare, trageți jaluzelele și/sau draperiile;
- Țineți ferestrele închise pe toată perioada cât temperatura exterioară este superioară celei din locuință;
- Deschideți ferestrele seara târziu, noaptea și dimineața devreme, provocând curenți de aer, pe



perioada cât temperatura exterioară este inferioară celei din locuință;

- Închideți orice aparat electrocasnic de care nu aveți nevoie.

Recomandări pentru prevenirea apariției de îmbolnăviri în rândul copiilor, inclusiv a sugariilor

- Realizarea unui ambient cât mai normal, ferit de

căldură, umiditate excesivă și curenți de aer;

- Sistemul de alimentație avut până în acel moment nu trebuie modificat prin introducerea de alimente noi în această perioadă;
- Se va realiza hidratarea corespunzătoare, iar pentru sugarii mama va alăpta ori de câte ori sugarul solicită;
- Copilul va fi îmbrăcat lejer, cu hăinuțe din materiale din fibre naturale comode;

- Nu va fi scos din casă decât în afara perioadelor caniculare din zi și obligatoriu cu caciuliță pe cap;
- Copiii vor primi apă plată sau apă cu proprietăți organoleptice corespunzătoare, ceai foarte slab îndulcit, fructe proaspete și foarte bine spălate;
- Mamele care alăptează trebuie să se hidrateze corespunzător cu apă plată sau apă cu proprietăți organoleptice corespunzătoare, ceai slab

îndulcit, sucuri naturale de fructe, făcute în casă, fără adaos de conservanți. Se va evita în același timp consumul de cafea sau alcool;

La cel mai mic semn de suferință al copilului sau mamei, aceștia se vor prezenta la medicul de familie care va decide conduita terapeutică;

Atenție deosebită se va acorda condițiilor de igienă atât pentru copil, cât și pentru mamă. Copilul va fi ținut cu

hăinuțe sau scutece curate și uscate;

- Copiilor preșcolari li se vor face dușuri cu apă la temperatura camerei.

Recomandări pentru persoanele vârstnice și cu afecțiuni cronice:

- Crearea unui ambient care să nu suprasolicite capacitatea de adaptare a organismului;
- Hidratarea corespunzătoare cu apă plată sau apă cu proprietăți organoleptice corespunzătoare, ceai slab îndulcit, sucuri naturale de fructe, făcute în casă, fără adaos de conservanți;
- Alimentația va fi predominant din legume și fructe proaspete;
- Se vor consuma numai alimente proaspete din magazinele care dispun de instalații frigorifice funcționale pentru păstrarea alimentelor. Se va evita consumul alimentelor ușor perisabile;
- Este interzis consumul de alcool și cafea în timpul caniculei;
- Se va evita circulația în perioadele de vârf ale caniculei sau, dacă este absolut necesar, se va folosi îmbracaminte ușoară, din fibre naturale, precum și pălării de protecție pe cap;
- Persoanele care suferă de anumite afecțiuni își vor continua tratamentul conform indicațiilor medicului. Este foarte util ca în aceste perioade persoanele cu afecțiuni cronice, cardio-vasculare, hepatice, renale, pulmonare, de circulație, mentale sau cu hipertensiune să consulte medicul curant în vederea adaptării schemei terapeutice la condițiile existente;

- Menținerea cu rigurozitate a igienei personale, efectuarea a cate 3 - 4 dușuri pe zi.
- Recomandări pentru persoanele care prin natura activităților lor depun un efort fizic deosebit
- Vor încerca dozarea efortului în funcție de perioadele zilei încercând să evite excesul de efort în vârfurile de caniculă. Dacă valorile de căldură sunt foarte mari, se va proceda la stoparea activității;
- Se va asigura hidratarea corespunzătoare cu apă minerală, apă plată sau apă cu proprietăți organoleptice corespunzătoare, ceai slab îndulcit, sucuri naturale de fructe, făcute în casă, fără adaos de conservanți;
- Este contraindicat consumul de cafea și alcool în această perioadă;
- Utilizarea unui echipament corespunzător, din fibre naturale și echipament pentru protejarea capului de efectele căldurii excesive.

Recomandări pentru angajați:

- Reducerea intensității și ritmului activităților fizice;
- Asigurarea ventilației la locurile de muncă;
- Alternarea efortului dinamic cu cel static;
- Alternarea perioadelor de lucru cu perioadele de repaus în locuri umbrite și curenți de aer.
- Pentru menținerea stării de sănătate a angajaților:
- Asigurarea apei minerale adecvate, câte 2 - 4 litri/persoană/schimb;
- Asigurarea echipamentului individual de protecție;
- Asigurarea de dușuri, unde este posibil.

Copiii, cei mai vulnerabili la caniculă. Intervalul de timp cu risc crescut: 10.00 - 18.00

• cu cât copiii sunt mai mici, cu atât sunt mai expuși riscurilor aduse de caniculă: deshidratare și insolamție • medicii avertizează: nu scoateți copiii afară în intervalul 10.00 - 18.00, în zilele caniculare, decât dacă e neapărată nevoie și respectând toate măsurile de protecție, de la îmbrăcăminte, la evitarea zonelor cu soare și hidratare corespunzătoare

Ina DUMITRESCU

Zilele caniculare pot fi extrem de periculoase pentru copii. Ei sunt mai sensibili la o expunere excesivă la căldură deoarece sistemul lor de termoreglare este încă imatur, iar pielea lor este fragilă și sensibilă.

Un copil în primele luni de viață are o cantitate de apă mai mare decât adultul, mergând până la 75-85% din suprafața corporală. Aceasta scade progresiv odată cu trecerea anilor, încât un copil de vârstă mare ajunge la 55-65% cantitate de apă similară cu a adultului.

Deshidratarea

Medicii spun că unul dintre lucrurile cele mai importante de care trebuie să țină cont este acela că apa este extrem de importantă în buna funcționare a organismului. Zilnic, prin transpirație, copiii pierd o cantitate importantă de apă. Când sunt zile caniculare, cantitatea pierdută prin transpirație crește. Din acest motiv copiii sunt expuși riscului de deshidratare.

„Expunerea la temperaturi extreme poate influența copilul din mai multe puncte de vedere. Pe de o parte prin expunerea directă la razele solare, acești copii pot prezenta arsuri solare. Există o cutumă că vara copilul trebuie să stea la soare pentru a produce vitamina D. Este corectă parțial. Vitamina D se produce la nivelul țesutului cutanat prin această expunere, dar trebuie făcută cu grijă. Pe de altă parte, expunerea la soare fără o hidratare corespunzătoare a copilului duce la deshidratare.



Aceasta se manifestă prin cefalee, amețeli, apatie, somnolență, până la stări lipotimice”, a subliniat dr. Cătălina Ionescu, purtător de cuvânt la Spitalul de Copii „Sf. Maria” din Iași.

Insolația

O altă problemă cauzată de expunerea excesivă a copiilor la soare, spune dr. Cătălina Ionescu, este insolația. Aceștia pot prezenta cefalee, febră, frisoane, greață, amețeli, stări confuzionale, ajungând în situații grave până la convulsii și comă. Medicul atrage atenția că pacienții de vârstă pediatrică sunt sensibili și de aceea ei trebuie păziți de către părinți, iar regulile minime în momentul în care temperaturile sunt ridicate să fie respectate. Dacă vedem la copil semne de deshidratare sau

insolație, trebuie dus într-un loc umbros, trebuie dezbrăcat, se aplică pe el un prosop umezit cu apă la temperatura camerei și trebuie hidratat foarte bine. Dacă este febril trebuie să îi administram antitermice.

Importanța hidratării

„Dacă mergem cu copiii la mare recomandările ar fi să mergem cu ei pe plajă până la ora 10.00 dimineața și după amiaza începând cu ora 18.00. În intervalul 10.00-18.00 copiii nu ar trebui scoși afară în căldură excesivă. Să nu uităm nici de hidratare. Copiii se joacă adesea și uită să ceară apă. Părinții ar trebui să îi hidrateze la interval de 2 ore, dar nu cu sucuri dulci, deoarece acestea, prin conținutul lor de glucide, vor scoate apa din organ-

ism. La sugari, cantitatea de apă variază în funcție de vârstă între 100 - 150 ml pe kg/corp, la copil de vârstă mai mare e nevoie de 1 - 1,5 litri, iar la adolescenți 2 - 2,5 litri pe zi”, a punctat dr. Cătălina Ionescu.

În zilele caniculare, extrem de importantă pentru sănătatea organismului este și alimentația. Astfel, prin consumul de legume și fructe care au un conținut mare de apă, i se asigură organismului copilului o hidratare corespunzătoare.

Vestimentația copiilor în zilele caniculare trebuie să fie din bumbac, să fie de culori deschise, să aibă capul acoperit cu o pălărie sau șapcă. Dacă trebuie să ieșim cu copilul din casă în intervalul 10.00 - 18.00 este bine să îi îmbrăcăm cu o bluză cu mâneci lungi pentru a nu îi expune corpul la soare. •

Cea mai aprigă luptă dusă de organism pe perioada verii: împotriva caniculei. Cum ne protejăm

• la o temperatură ambientală de peste 38 grade, organismul își activează termoreglarea astfel încât să piardă căldură, să nu se supraîncălzească • dacă persoanele sănătoase, dar mai ales cei cu probleme cardiovasculare, nu se hidratează corespunzător, pot să apară hipotensiune severă, stare de amețeață și chiar leșin

Ina DUMITRESCU

Temperaturile ridicate din această perioadă pot reprezenta un stres asupra organismului. Deși are o capacitate mare de adaptare la condiții extreme, resursele organismului uman se pot epuiza după o expunere prelungită la temperaturi foarte mari și după un efort fizic în condiții de caniculă.

Dr. Radu Eduard Dabija, medic primar cardiolog la Institutul de Boli Cardiovasculare „G. Georgescu” din Iași, explică mecanismele prin care organismul nostru reacționează la căldură în scopul menținerii temperaturii corporale constante de 37 grade C și a evitării supraîncălzirii prin preluarea de căldură din mediu.

Medicul spune că sistemul cardiovascular reacționează în concordanță cu alte aparate și sisteme precum aparatul respirator, aparatul renal, pielea, glandele tiroide și suprarenale, sistemul nervos. La o temperatură ambientală de peste 38 grade, organismul își activează termoreglarea astfel încât să piardă căldură, să nu se supraîncălzească.

Sistemul cardiovascular, cel mai sensibil

Tahicardia însoțită de scăderea tensiunii arteriale este tolerată relativ bine de persoanele fără probleme de

sănătate, dacă nu se asociază cu deshidratare, spune specialistul. În această situație pot să apară hipotensiune severă, stare de amețeață și chiar leșin.

„Să ne gândim la sistemul cardiovascular și caniculă. Efectele principale sunt vasodilatația periferică ce favorizează transpirația și pierderea de căldură la nivelul pielii. Aceasta duce la scăderea tensiunii arteriale. Vorbim apoi de tahicardie, creșterea ritmului cardiac, a debitului cardiac ce favorizează pierderea de apă la nivel pulmonar și mai ales la nivelul pielii prin transpirație. Aceste simptome apar mai repede la pacienții cu boli cardiovasculare, în special în insuficiența cardiacă de orice fel, hipertensiunea arterială, valvulopatii degenerative, cardiopatie ischemică, aritmii mai ales fibrilația atrială cu ritm rapid, cardiomiopatii”, a precizat dr. Radu Eduard Dabija.

Dr. Radu Eduard Dabija mai explică faptul că primele simptome de risc crescut la pacienții cardiovasculari sunt simptomele bolii de bază și se referă la lipsa de aer, palpitații, dureri în piept, dureri de cap cauzate de variațiile tensiunii arteriale care se adaugă disconfortului ușor dat de tahicardia și vasodilatația reflexă în condiții de caniculă. Temperaturile extreme aduse

în timp de caniculă, dar și frigid extrem sunt un stres foarte mare sistemul cardiovascular.

Răcirea exagerată cu aerul condiționat, contraindicată

„Pacienții cu boli de inimă trebuie să evite canicula pentru că la aceștia capacitatea de adaptare a sistemului cardiovascular este mult mai redusă, efectele sunt mai intense, se pot agrava bolile de bază, iar efectul medicației cardiovasculare poate fi accentuat în mod negativ de caniculă. De exemplu crește mult efectul medicației vasodilatatoare, de scădere a tensiunii arteriale, la pacienții cu insuficiență cardiacă sau hipertensiune arterială. Transpirația excesivă provoacă pierderea unor electroliți precum potasiu, magneziu ceea ce poate crește riscul unor aritmii”, a mai declarat dr. Radu Eduard Dabija.

Trăim într-o zonă cu climă temperată, iar canicula nu e încă un lucru obișnuit. Medicul recomandă evitarea efortului fizic, inclusiv sportul în exterior în condiții de caniculă, protecția pe cât se poate de efectul direct al temperaturii, prin îmbrăcăminte și hidratare corespunzătoare. De asemenea, pacienții cardiovasculari, având în vedere riscul cres-



Dr. Radu Eduard Dabija

cut de complicații, trebuie să evite temperaturile extreme. „Referitor la utilizarea aerului condiționat, care asigură un confort evident în această situație, să nu uităm că variațiile bruște de temperatură sunt greu suportate de organism, deci să evităm o răcire exagerată a incintelor”, este recomandarea specialistului. •

Coordonator
Ziarul de Sanatate -
Cătălin Hopulele