

eAsistent.ro

Revista oficială a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și
Asistenților Medicali din România - filiala Municipiului București

IANUARIE 2026



Cuvânt înainte

Revista eAsistent și-a propus să ofere membrilor un spațiu de exprimare, să fie vocea și legătura cu întreaga profesie, cu realitățile lumii medicale.

Prin revista eAsistent vom pune în valoare și vom cultiva o legătură permanentă între profesioniștii din domeniul medical.

În fiecare lună, vă propunem să vă alăturați colectivului de redacție sau grupului nostru de cititori activi.

Aveți o poveste frumoasă pe care vreți să o împărtășiți? Aveți un coleg care a realizat ceva special și vreți să vorbiți despre asta? Sărbătoriți ceva cu totul deosebit la locul de muncă și nu știți nici un jurnalist care să vrea să scrie despre asta? Contactați-ne și vă vom asculta povestea.

Sunteți mândră de profesia pe care o aveți?

Ne-ați citit, ați căutat anumite informații și vreți să știți mai multe despre anumite subiecte? Spuneți-ne ce ați dori să găsiți în paginile revistei și vom ține cont de sugestiile dumneavoastră.

Când sunteți alături de noi, ne ajutați să fim mai buni. La fel ca și revista care vă aparține.

Cu drag,
Colectivul de redacție

EDITORIAL

Editorial de ianuarie	4
-----------------------	---

EDUCAȚIE MEDICALĂ

Tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD) la adulți	8
--	---

EVENIMENT

Evenimente medicale ale lunii ianuarie	15
--	----

INTERVIU

Recomandări ale experților pentru o nutriție mai bună	20
---	----

ISTORIE

Istoria Premiilor Nobel în medicină	28
-------------------------------------	----

LUMEA MEDICALĂ

O comparație a schemelor de vaccinare din Europa și Statele Unite ale Americii (SUA)	44
--	----

CĂRȚI MEDICALE

ADHD 2.0, Autori: Edward M. Hallowell, John J. Ratey, Editura Herald, 2025	54
--	----

Ghidul Clinic al Asistentului Medical, Autori: Bernie Garre, Paul Ong, Paul Galdas, Editura Farma Media, 2020, Ed. a 2a – revizuită și actualizată	55
---	----

Marie Curie – prima femeie care a câștigat Premiul Nobel, Autor: Davide Morosinotto, Editura Litera, 2019	56
---	----

ECHIPA EDITORIALĂ	57
--------------------------	----

Foto copertă: <https://magazine.medlineplus.gov/article/adhd-across-the-lifespan-what-it-looks-like-in-adults/>



Editorial de ianuarie

Acum, la începutul anului, este cel mai potrivit moment să ne uităm la tendințele anului 2026. Ne ajută să ne pregătim pentru transformările la care vom fi martori, mai devreme sau mai târziu.

Și aceasta pentru că schimbările prognozate sunt inevitabile, în lumea din ce în ce mai dinamică în care trăim.

Una dintre provocările care se manifestă plenar în multe sisteme de sănătate este **creșterea vârstei medii a asistenților medicali**, suprapusă peste îmbătrânirea populației deservite. De exemplu, în SUA, vârsta medie a asistenților medicali înregistrați era de 52 de ani în 2020, dar mai mult de o cincime dintre aceștia au declarat că intenționează să se pensioneze în următorii cinci ani. La noi, unele estimări pentru anul 2022 indicau o vârstă medie de peste 45 de ani¹. Aceste aspecte pot crea presiune pe sistemele de sănătate. Iată de ce formarea, susținerea dezvoltării profesionale continue și programele de suport organizațional care îi sprijină pe asistenții medicali în profesie, la locul de muncă, reprezintă direcții de acțiune importante.

Dacă ne referim acum la **formare**, capacitatea educațională trebuie să fie și ea una adecvată, pentru a răspunde cerințelor. Avem nevoie de suficiente cadre didactice pregătite, cu experiență academică și practică, de suficiente locuri de practică clinică, inclusiv de centre pentru educația prin simulare, de spații adecvate pentru cursuri și de îndrumători de practică bine pregătiți și susținuți pentru a desfășura această activitate. Pentru a face față acestei provocări sunt necesare soluții sistemice: o mai bună recunoaștere a cadrelor didactice, stimulente pentru asistenții medicali cu doctorat să ocupe funcții academice, finanțare suplimentară pentru educația în domeniul asistenței medicale și parteneriate care cresc oportunitățile de formare clinică.

O altă zonă care reprezintă o provocare, dar și o oportunitate, este modul în care **tehnologia transformă furnizarea serviciilor medicale**. Vedem că inteligența artificială trece de la stadiul experimental la cel practic, iar asistenții digitali ajung să ajute la triaj, la programare, la analizarea rezultatelor de laborator și chiar la îngrijire. Aceste instrumente pot reduce sarcina administrativă și pot permite asistenților medicali să se concentreze mai mult pe îngrijirea directă a pacienților.

1 <https://www.news.ro/social/reprezentant-ordinului-asistentilor-medicali-ne-ingrijoreze-varsta-medie-asistentilor-medicali-romania-pest-45-ani-insp-anul-trecut-sistemul-public-88-506-asistenti-medicali-1922401512182022052020704458>

Mai înseamnă și că îngrijirea pe care o pot oferi asistenții medicali se mută, punându-se un accent din ce în ce mai mare pe prevenire, intervenție timpurie și educarea pacienților. Chiar dacă robotica pătrunde în domeniul sănătății, îndeplinind, de exemplu, sarcini de asistență chirurgicală sau sprijin logistic, roboții nu vor înlocui elementele umane ale asistenței medicale care necesită judecată, empatie și comunicare. Iar pe aceste zone, asistenții medicali trebuie să fie cât mai bine pregătiți.

Chiar dacă anul acesta nu va reprezenta o adevărată schimbare, vedem că apare și se dezvoltă și **îngrijirea virtuală**. Asistăm la creșterea substanțială a asistenței medicale la distanță. Ceea ce a început ca o necesitate în contextul pandemiei a evoluat într-o formă din ce în ce mai stabilă a sistemului de sănătate, extinzându-se mult dincolo de vizitele de îngrijire primară. Acum vedem că sunt incluse gestionarea bolilor cronice, îngrijirea de urmărire, monitorizarea la distanță și sprijinul specializat pentru populațiile defavorizate și rurale. Apar și roluri complet noi pentru asistenții medicali. Triaajul la distanță, monitorizarea la distanță a pacienților, coordonarea îngrijirii, consultările virtuale și educarea pacienților prin intermediul platformelor digitale necesită competențe diferite de cele ale asistenților medicali tradiționali. Aceste posturi oferă adesea programe mai flexibile și posibilitatea de a deservi pacienți din zone geografice extinse.

Vedem că apare și conceptul de spitale virtuale, în care pacienții beneficiază de îngrijire completă, inclusiv diagnostic, monitorizare continuă și urmărire, fără a pune piciorul într-un spital tradițional. Pentru asistenții medicali, acest lucru reprezintă atât o oportunitate, cât și o provocare. El necesită cunoștințe digitale, abilități de comunicare puternice pentru interacțiuni la distanță și capacitatea de a gestiona programe de lucru bazate pe tehnologie. Chiar dacă aceste modele sunt rare, ele se vor dezvolta și vor necesita alte abilități și competențe din partea asistenților medicali.

Dar despre toate aceste lucruri vom continua să vorbim, pentru că progresele în asistența medicală sunt atât benefice cât și de neoprit

și trebuie să ne pregătim pentru ele.

Dincolo de aceste gânduri despre cum va arăta viitorul profesiei noastre în 5-10 ani, ca de obicei, vă încurajez să citiți articolele lunii ianuarie din revistă.

Iar pentru că suntem la început de 2026 vă doresc tuturor un an cu sănătate, liniște și apreciere pentru tot ceea ce faceți.

Doina Carmen Mazilu, Președinte OAMGMAMR – filiala București



Tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD) la adulți

Timp aproximativ de lectură: 9 minute

Tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD) este o afecțiune de neurodezvoltare (o afecțiune care afectează modul în care creierul se dezvoltă și funcționează). Pentru o lungă perioadă de timp, oamenii au crezut că doar copiii pot avea ADHD. Acum știm că aceasta poate continua și la vârsta adultă. Se consideră că această tulburare afectează 5% dintre copii și 3-4% dintre adulți.

ADHD este adesea diagnosticat în copilărie, dar poate continua până

la vârsta adultă, deși simptomele pot arăta și se pot simți puțin diferit. Simptomele tulburării de hiperactivitate cu deficit de atenție (ADHD) diferă în prezentarea lor între copii și adulți. La copii, simptomele pot fi mai evidente, în timp ce adulții au găsit adesea modalități de a-și ascunde sau de a-și găsi scuze pentru simptomele lor.

Există trei componente principale care alcătuiesc ADHD: hiperactivitatea, neatenția și impulsivitatea. Nu toate persoanele diagnosticate cu tulburare de deficit de atenție le au pe toate trei.

Hiperactivitatea la copii este ca și cum copilul ar fi în continuă mișcare. Ei pot alerga, se pot cățăra pe lucruri, adesea le este greu să stea locului, se agită în clasă și se agită constant.

La adulți, hiperactivitatea este resimțită mai degrabă ca o neliniște generală, cu dificultăți în a sta nemișcat pentru perioade lungi de timp (cum ar fi în clasă, la film sau la locul de muncă) și se plictisește mult mai ușor de sarcini pe care în trecut le făcea cu ușurință.

Diferența **dintre simptomele neatenției** între copii și adulți nu este, de obicei, atât de vizibilă. O persoană cu neatenție, fie ea copil sau adult, poate face greșeli neglijente, nu termină ceea ce începe și poate să nu acorde atenție detaliilor. La adulți, aceste simptome se manifestă mai mult în jurul muncii și al activităților zilnice de viață. De exemplu, la locul de muncă, un adult poate încerca să treacă de la o sarcină la alta ("multitasking"), dar să nu finalizeze niciodată niciuna dintre ele și, prin urmare, performanța sa generală la locul de muncă are de suferit.

Impulsivitatea la copii se manifestă mai ales la școală, când dau un răspuns înainte de a fi chemați, nu își așteaptă rândul sau acționează fără a lua în considerare consecințele acțiunilor lor (cum ar fi să sară de la înălțime fără să se gândească unde ar putea ateriza, cum ar fi pe altcineva care stă acolo). Adulții pot, de asemenea, să dea pe nerăsuflăte un răspuns într-o ședință de lucru, dar impulsivitatea lor se poate manifesta, de asemenea, în tiparele lor de cheltuieli, întreruperea conversațiilor și implicarea în comportamente riscante, cum ar

fi condusul cu viteză.

Principala diferență între diagnosticarea ADHD la copii și la adulți este numărul de simptome. Adulții sau adolescenții peste 16 ani trebuie să prezinte cinci (în loc de șase) simptome de neatenție sau hiperactivitate și impulsivitate.

Diagnosticul de ADHD necesită o evaluare completă a simptomelor actuale și istorice, a afectării funcționale și a unei istorii familiale, gestaționale și de dezvoltare complete. Conform celei de-a unsprezecea ediții a Clasificării internaționale a bolilor (ICD-11), criteriile pentru ADHD includ neatenția persistentă, hiperactivitatea-impulsivitatea sau ambele. Debutul apare de obicei la începutul sau mijlocul copilăriei, simptomele afectând funcționarea academică, profesională și socială.

Pentru adulții cu ADHD, mai multe strategii și instrumente îi pot ajuta să-și gestioneze simptomele:

- **Prioritizarea sănătății fizice și mentale.** Grija pentru sănătatea fizică și mentală este importantă pentru toată lumea și, în special, pentru persoanele cu ADHD. Dormitul suficient, consumul de alimente sănătoase și exercițiile fizice regulate pot ajuta la reducerea stresului, la îmbunătățirea stării lor de spirit și la gestionarea mai bună a simptomelor.
- **Stabilirea de structură și rutină.** Stabilirea unei rutine îi poate ajuta pe adulții cu ADHD să rămână pe drumul cel bun și să își gestioneze timpul mai eficient. Aceștia pot stabili ore specifice pentru activitățile zilnice, cum ar fi trezirea, luarea meselor, lucrul, exercițiile fizice și culcarea.
- **Gestionarea mai bună a timpului.** ADHD afectează modul în care oamenii percep și gestionează timpul, ceea ce poate face dificilă estimarea duratei sarcinilor și respectarea programului. În timp ce calendarele și planificatoarele sunt utile pentru unele persoane, acestea pot fi dificile și pentru creierile ADHD. Cheia este să găsească un mod de organizare care să le capteze atenția și să îi

țină pe linia de plutire.

- **Ajutorul profesional.** Colaborarea cu un profesionist calificat poate ajuta persoanele care se luptă să își gestioneze simptomele ADHD. Acești profesioniști îi pot ajuta cu nevoile și provocările lor specifice, inclusiv cu dezvoltarea de strategii pentru a le aborda.
- **Relațiile sociale profunde.** Conectarea cu prietenii, familia sau colegii poate ajuta persoanele cu ADHD să găsească sprijin, sfaturi și un sentiment de comunitate.

Pe măsură ce această afecțiune devine mai vizibilă în lumea medicală, se efectuează mai multe cercetări asupra adulților cu ADHD. Două dintre cele mai recente și semnificative au studiat, pe de o parte, speranța de viață a adulților cu ADHD și, pe de altă parte, legătura cu timpul petrecut în fața ecranului.

Cercetarea privind speranța de viață a adulților cu ADHD, publicată în *The British Journal of Psychiatry*, a analizat date anonime din asistența medicală primară de la 30029 de adulți din Marea Britanie diagnosticați cu ADHD. Apoi au comparat acest grup cu 300390 de participanți fără ADHD, care au fost potriviți în funcție de vârstă, sex și practica de asistență medicală primară.

Cercetătorii au constatat o reducere aparentă a speranței de viață pentru bărbații diagnosticați cu ADHD între 4,5 și 9 ani, și între 6,5 și 11 ani pentru femei. Autorul principal, profesorul Josh Stott (UCL Psychology & Language Sciences, Marea Britanie), a declarat: "*Este profund îngrijorător faptul că unii adulți diagnosticați cu ADHD trăiesc vieți mai scurte decât ar trebui. Persoanele cu ADHD au multe puncte forte și pot prospera cu sprijinul și tratamentul adecvat. Cu toate acestea, de multe ori le lipsește sprijinul și sunt mai susceptibile de a se confrunta cu evenimente de viață stresante și excludere socială, având un impact negativ asupra sănătății și stimei lor de sine.*"

Studiul a constatat, de asemenea, că mai puțin de unul din nouă adulți cu ADHD au fost diagnosticați - ceea ce înseamnă că doar o fracțiune din populația totală de adulți cu ADHD a putut fi studiată. Aceasta este

prima dată când cercetătorii au estimat speranța de viață a adulților din Marea Britanie diagnosticați cu ADHD. Cu toate acestea, ei observă că, deoarece ADHD este adesea nediagnosticat - în special la adulți - noua cercetare poate supraestima reducerea speranței de viață suferită de persoanele cu ADHD în medie.

Cercetătorii britanici subliniază, de asemenea, că adulții cu ADHD se prezintă la furnizorii de servicii de sănătate, dar serviciile nu sunt echipate pentru a-i sprijini, chiar dacă impactul ADHD și necesitatea de a-l identifica și trata sunt recunoscute în orientările the National Health Service (NHS) din Marea Britanie. Aceasta este o preocupare majoră, deoarece tratamentul și sprijinul pentru ADHD sunt asociate cu rezultate mai bune, cum ar fi reducerea problemelor de sănătate mintală și a consumului de substanțe.

În cea de-a doua cercetare, un studiu transversal care se referă la legătura dintre ADHD la adulți și timpul petrecut în fața ecranului, cercetătorii au investigat un eșantion de studenți americani la medicină în vârstă de 18 ani sau mai mult. Persoanele diagnosticate cu ADHD au fost excluse. Participanții au completat un sondaj online, care a inclus întrebări privind experiențele demografice și academice, precum și Scala de auto-raportare ADHD (sau sASRS).

Studenții la medicină incluși în studiu au prezentat o prevalență ridicată a scorurilor ASRS pozitive și un timp de ecran mai mare, precum și simptome crescute de anxietate. În plus, s-a constatat că timpul de ecran a fost un predictor semnificativ și independent al scorurilor ASRS de auto-evaluare a prezenței ADHD-ului.

Tratamentul pentru ADHD poate reduce simptomele și îmbunătăți funcționarea adulților cu ADHD. Cele mai frecvente tratamente pentru ADHD la adulți sunt:

- Medicamentația, de obicei medicamente stimulante.
- Psihoterapia, cum ar fi terapia comportamentală și cognitiv-comportamentală

Tratamentul eficient implică adesea o combinație din aceste elemen-

te.

O abordare utilizată pe scară largă pentru ADHD este terapia cognitiv-comportamentală. Acest tip de psihoterapie îi ajută pe oameni să transforme tiparele de gândire negative în moduri pozitive, mai sănătoase, de gândire. De exemplu, poate ajuta la schimbarea gândirii "totul sau nimic", în care în multe persoane cu ADHD tind să creadă că realizările lor trebuie să fie perfecte, altfel fiind un eșec. Terapia cognitiv-comportamentală se concentrează foarte mult pe oferirea de instrumente pentru a îi ajuta pe acești adulți să facă față stresului și provocărilor diverse din viață.

ADHD poate duce la suișuri și coborâșuri emoționale frecvente. De asemenea, este frecvent ca adulții cu ADHD să aibă și alte probleme de sănătate mintală. Se estimează că 50% dintre adulții cu ADHD, de exemplu, au și o tulburare de anxietate, potrivit Asociației Americane pentru Anxietate și Depresie. Având ADHD împreună cu o altă afecțiune poate interfera grav cu funcționarea zilnică.

Medicamentele prescrise pentru ADHD pot reduce hiperactivitatea, comportamentul impulsiv și problemele de atenție, permițându-le adulților să se descurce mai bine acasă, la locul de muncă și la școală și să funcționeze cu mai multă consecvență și succes în viața de zi cu zi. Este important ca medicamentele să fie combinate cu consilierea periodică și ca adulții cu ADHD să dezvolte strategii care să îi ajute să-și crească gradul de atenție și să reducă comportamentul impulsiv.

Viitorul pare să aducă evoluții promițătoare în privința tratamentelor pentru ADHD. Abordarea tradițională a tratamentului ADHD de tipul "o singură abordare pentru toate cazurile" este treptat înlocuită cu abordări personalizate pentru a lua în considerare variabilitatea individuală, cum ar fi profilul simptomelor, etapele vieții și factorii biologici. În prezent, pacienții dispun de mai multe opțiuni de tratament și sunt din ce în ce mai implicați în discuțiile privind propria îngrijire. Planurile de tratament pot consta dintr-o varietate de opțiuni, inclusiv modificări ale stilului de viață, medicație, terapie și alte abor-

dări. Recent, cercetările de tip revizuire sistematică evidențiază beneficiile abordărilor combinate, care îmbunătățesc atât rezultatele pe termen scurt, cât și pe cele pe termen lung în tratamentul ADHD.

Mirela Mustață, redactor executiv

Surse de documentare:

1. <https://magazine.medlineplus.gov/article/adhd-across-the-lifespan-what-it-looks-like-in-adults/>
2. <https://adhdireland.ie/adhd-symptoms-in-children-vs-adults/>
3. <https://www.bbc.com/news/articles/c4gpl150ze4o>
4. <https://www.bbc.com/news/articles/cg5vp62dnnro>
5. <https://www.ucl.ac.uk/news/2025/jan/adults-diagnosed-adhd-may-have-reduced-life-expectancies>
6. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12069922/>
7. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/adhd-what-you-need-to-know>
8. <https://magazine.medlineplus.gov/article/adhd-across-the-lifespan-what-it-looks-like-in-adults/>
9. <https://www.qbtech.com/blog/future-of-adhd-research-emerging-trends-2025/>
10. Sursa foto: <https://magazine.medlineplus.gov/article/adhd-across-the-lifespan-what-it-looks-like-in-adults/>

Evenimente medicale ale lunii ianuarie

Timp aproximativ de lectură: 3 minute

Printre evenimentele medicale ale lunii ianuarie se numără și două teme mai puțin obișnuite pentru agenda din țara noastră. Și totuși temele nu sunt cu totul inadecvate, având în vedere că mobilitatea persoanelor poate duce la expunerea la riscuri, deoarece foarte puține spații geografice de pe glob rămân astăzi izolate. Tocmai de aceea trebuie să înțelegem corect despre ce este vorba.

Prima temă este "Ziua Mondială a bolnavilor de lepră", 27 ianuarie.

De ce este important să știm despre această boală? Pe 11 decembrie anul trecut, Ministerul Sănătății a confirmat diagnosticul în două cazuri cu lepră în Cluj-Napoca. Pacientele, originare din Indonezia, ajunseseră în România pentru a munci aici, prin intermediul unei agenții de recrutare de forță de muncă. Țara lor de origine se află pe locul al treilea la nivel global la numărul de infectări cu cazuri noi de lepră, după India și Brazilia, conform rapoartelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS).



Așadar, tema zilei de 27 ianuarie este despre lepră - o boală tropicală neglijată (NTD) care încă mai apare în peste 120 de țări, cu peste 200 000 de cazuri noi raportate în fiecare an.

Iar scopul acestei zile este de a sensibiliza opinia publică cu privire la stigmatul asociat acestei boli, de a-i informa pe oameni că aceasta este o boală răspândită de un tip de bacterie și că poate fi ușor vindecată. Deci, să nu se teamă.

Așadar, **principalele lucruri pe care populația ar trebui să le știe** despre lepră pentru a nu se îngrijora sunt:

1. Este o boală infecțioasă cronică cauzată de un tip de bacterie, *Mycobacterium leprae*.
2. Boala afectează în principal pielea și nervii periferici. Netratată, boala poate provoca dizabilități progresive și permanente.
3. Bacteriile se transmit prin picături din nas și gură în timpul contactului prelungit și apropiat cu cazuri netratate.

4. Boala este curabilă cu terapia multi-medicamentoasă (MDT).
5. Lepra este raportată în toate cele șase regiuni ale OMS; dar majoritatea cazurilor noi detectate anual provin din regiunea Asiei de Sud-Est.

Se consideră că boala **se transmite** prin picături provenite din nasul și gura unei persoane cu lepră netratată, care conțin agentul cauzator, în urma unui contact prelungit și apropiat. Boala nu se transmite prin contact întâmplător (cum ar fi strângerea de mână sau îmbrățișarea, împărțirea meselor sau statul unul lângă altul). Pacientul încetează să mai transmită boala, odată ce-și începe tratamentul.

Aproximativ 95% dintre oameni nu pot contracta lepra, deoarece sistemul lor imunitar poate combate bacteria care o provoacă. Boala nu se transmite prin contact sexual și nu se transmite fătului în timpul sarcinii.

Diagnosticul leprei se pune clinic. În cazurile dificil de diagnosticat, pot fi necesare servicii de laborator.

Boala se manifestă de obicei prin leziuni cutanate și afectarea nervilor periferici. Lepra se diagnostichează prin identificarea a cel puțin unuia dintre următoarele semne cardinale: (i) pierderea definitivă a sensibilității într-o zonă palidă (hipopigmentată) sau roșiatică a pielii; (ii) îngroșarea sau mărirea nervului periferic, cu pierderea sensibilității și/sau slăbirea mușchilor inervați de acel nerv; (iii) detectarea microscopică a bacililor într-un frotiu de piele.

Pe baza celor de mai sus, cazurile de lepră sunt clasificate în două tipuri în scopul tratamentului: cazuri paucibacilare (PB) și cazuri multibacilare (MB).

Caz PB: un caz de lepră cu 1-5 leziuni cutanate, fără prezența demonstrată a bacililor într-un frotiu cutanat.

Caz MB: un caz de lepră cu mai mult de cinci leziuni cutanate; sau cu afectare nervoasă (nevrită pură sau orice număr de leziuni cutanate și nevrită); sau cu prezența demonstrată a bacililor într-un frotiu cu-

tanat, indiferent de numărul de leziuni cutanate.

Lepra este o boală curabilă. **Regimul de tratament** recomandat în prezent constă în trei medicamente (dapsonă, rifampicină și clofazimină) și este denumit terapie multi-medicațională (MDT). Același regim, cu o durată de 6 luni pentru cazurile PB și de 12 luni pentru cazurile MB, a fost recomandat de OMS. MDT ucide agentul patogen și vindecă pacientul. Diagnosticul precoce și tratamentul prompt pot ajuta la prevenirea dizabilităților.

Însă doar detectarea cazurilor și tratamentul cu MDT s-au dovedit insuficiente pentru a întrerupe transmiterea. Pentru **prevenirea îmbolnăvirilor**, OMS recomandă urmărirea contactelor (contacte în gospodărie, vecinătate și sociale), însoțită de administrarea unei singure doze de rifampicină ca profilaxie post-expunere.

În ciuda faptului că boala este greu de contractat și complet vindecabilă, există încă multe prejudecăți și stigmatizare împotriva persoanelor care suferă de lepră. Persoanele afectate de această boală se confruntă adesea cu izolare socială și discriminare, în special în regiunile în care boala este mai răspândită. Iată de ce a înțelege bine despre ce este vorba este extrem de important

Tema aceasta este legată și de al doilea subiect al lunii: "Ziua Mondială a Bolilor Tropicale Neglijate", 30 ianuarie.

Bolile tropicale neglijate sunt un grup de mai multe afecțiuni care afectează peste un miliard de persoane care trăiesc în mare parte în zone marginalizate, rurale și urbane sărace, și în zone de conflict. Deși sunt prevenibile și tratabile, aceste boli – legate adesea de sărăcie – continuă să aibă consecințe devastatoare asupra sănătății, societății și economiei.

Mai multe astfel de boli afectează în mod disproporționat copiii, femele, femeile și persoanele în vârstă. Unele boli cu manifestări cutanate (așa-numitele „NTD cutanate”, care includ leishmanioza cutanată și lepra) sunt desfigurante, în special pentru femei, deoarece

acestea întârzie să apeleze la îngrijiri medicale, și deci întârzie diagnosticarea și tratamentul. Aceste boli lasă adesea cicatrici vizibile, care au impact psihologic, social și economic, care este amplificat în cazul femeilor din cauza normelor și așteptărilor culturale bazate pe gen. De asemenea, copiii infectați cu helmintiaze transmise prin sol suferă de deficiențe nutriționale și fizice.

Combaterea bolilor tropicale neglijate este un test decisiv pentru progresul către realizarea acoperirii universale cu servicii de sănătate, care poate fi atinsă numai dacă persoanele afectate sau expuse riscului de a contracta aceste boli beneficiază în mod adecvat de servicii de sănătate. Iată de ce eforturile globale de susținere a eliminării acestor boli sunt de salutat.

Mirela Mustață, redactor executiv

Surse de documentare:

1. World Leprosy Day | Pan American Journal of Public Health (<https://journal.paho.org/en/international-health-days/world-leprosy-day>)
2. <https://journal.paho.org/en/international-health-days>
3. <https://www.who.int/campaigns/world-leprosy-day>
4. <https://www.who.int/news/item/27-05-2021-world-health-assembly-adopts-decision-to-recognize-30-january-as-world-ntd-day>
5. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>
6. <https://www.cdc.gov/leprosy/about/index.html>
7. Sursa foto: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>

Recomandări ale experților pentru o nutriție mai bună

Timp de lectură: 8 minute

Echipa revistei americane New York Times a consultat experți în nutriție pentru a ne oferi cele mai bune sfaturi cu privire la modul de a mânca pentru o sănătate mai bună.

Ca răspuns, Aimee Tritt, dietetician în Minneapolis, a declarat că vede mereu același tipar: Oamenii vor să devină mai sănătoși, așa că își revizuiesc brusc dietele, doar pentru a se epuiza câteva săptămâni mai târziu. "Obiectivul a fost problema; a fost prea agresiv". O abordare mai bună este de a stabili obiective mai mici pe care să le implementați treptat, a spus ea.

Ținând cont de acest lucru, echipa New York Times a întrebat aproximativ o duzină de experți care sunt sfaturile pe care le-ar da pentru o alimentație mai sănătoasă.

Există ceva pentru toată lumea în sugestiile lor, iar experții în nutriție ne-au sfătuit să luăm în considerare să încercăm una sau două dintre cele propuse în continuare, pe cele care rezonază cel mai mult cu noi.



1. Mâncăți mai multe leguminoase

Leguminoasele precum linte, mazărea și fasolea sunt pline de proteine și o serie de alți nutrienți valoroși, a declarat Christopher Gardner, cercetător în nutriție și profesor de medicină la Universitatea Stanford, SUA.

O ceașcă de fasole pinto, de exemplu, furnizează aproximativ 16 grame de proteine și fibre, precum și mult fier și magneziu. Iar cercetările sugerează că înlocuirea cărnii roșii și a celei procesate cu proteine vegetale poate reduce riscul de boli cardiovasculare și de deces prematur. Acest lucru are și avantajul suplimentar de a fi mai bun pentru mediu.

Leguminoasele sunt accesibile și versatile, a spus Dr. Gardner. Aruncați

fasole albă într-o supă de legume , fierbeți edamame (păstăi de soia verzi) sau fasole verde la aburi pentru o gustare rapidă sau faceți piure cu năut pentru a prepara un humus.

2. Reduceți consumul de băuturi dulci

Dacă consumați în mod regulat sucuri zaharoase, băuturi energizante, băuturi de cafea sau cocktailuri, reducerea consumului poate fi una dintre cele mai bune modalități de a vă îmbunătăți sănătatea, a declarat Maya Vadiveloo, profesor asociat de nutriție la Universitatea din Rhode Island.

Băuturile dulci reprezintă mai mult de o treime din zaharurile adăugate pe care le consumă populația din Statele Unite - iar excesul poate avea consecințe severe, inclusiv riscuri crescute de diabet de tip 2, boli cardiovasculare și hepatice și obezitate.

Nu trebuie să renunțați la zahăr "din senin", a spus Dr. Vadiveloo. În schimb, găsiți modalități de a reduce consumul, cum ar fi să comandați un suc mic în loc de unul mare la prânz sau să cereți mai puține sucuri la cafea Starbucks de dimineață. În cele din urmă, s-ar putea să renunțați complet la băuturile dulci.

3. Puneți legume în orice masă

Faptul că nu consumați suficiente legume vă face să pierdeți antioxidanții, compușii antiinflamatori, fibrele și substanțele nutritive esențiale ale acestora.

Pentru a stimula consumul de legume, căutați modalități de "a adăuga puține legume la diferite feluri de mâncare", a declarat Angela Odoms-Young, profesor asociat de nutriție la Universitatea Cornell.

Adăugați roșii uscate la soare la ouăle amestecate; umpleți un bol de orez și fasole cu rucola; sotați ceapă, ardei gras și morcovi mărunțiți cu carne tocată pentru tacos; sau aruncați broccoli congelat și frunze de varză în supe.

4. Consumați mai puține alimente ultraprocesate

Aproape 60% din caloriile pe care le consumă adulții din Statele Unite provin din alimente ultraprocesate, cum ar fi hot-dog, carne pentru prânz, sucuri și anumite gustări și produse de patiserie. Acest lucru este îngrijorător, a declarat Marion Nestle, profesor emerit de nutriție, studii alimentare și sănătate publică la Universitatea din New York, deoarece cercetătorii au legat alimentele ultraprocesate de boli precum diabetul de tip 2, bolile cardiovasculare și obezitatea.

O problemă cu alimentele ultraprocesate, sugerează studiile, este că pot fi ușor de consumat în exces. "Aceste alimente te fac să mănânci calorii pe care nici nu-ți dai seama că le mănânci", a declarat Dr. Nestle.

Nu trebuie să alungați complet alimentele ultraprocesate din dietă, a adăugat ea, dar încorporarea mai multor alimente minim procesate sau integrale în dieta dvs. vă poate îmbunătăți sănătatea și vă poate ajuta să pierdeți în greutate fără să vă simțiți înfometați.

5. Faceți o plimbare după mese

Emma Laing, profesor și director de dietetică la Universitatea din Georgia, a declarat într-un e-mail că ceea ce mănânci este doar un aspect al sănătății tale. Activitatea fizică merge "mână în mână" cu o nutriție bună, a scris ea.

Dr. Laing preferă să facă o scurtă plimbare după prânz sau ori de câte ori poate să o facă în timpul zilei; aceasta ajută la digestie și la controlul greutății, a spus ea, și îi îmbunătățește somnul, sănătatea inimii și a mușchilor și funcția imunitară. Este, de asemenea, una dintre părțile ei preferate ale zilei - îi dă o stare de spirit și o pauză mentală - și asta a ajutat-o să-și facă un obicei regulat.

Dacă nu puteți ieși afară pentru o plimbare, Dr. Laing a spus că ați putea să urcați și să coborâți niște scări, să dansați pe muzica preferată sau să faceți câteva întinderi ușoare. Și luați în considerare și

încercarea de noi activități, cum ar fi Pilates, kickboxing, alpinism, drumeții sau sporturi de echipă.

6. Încercați să mâncați trei mese peste pe zi

Când clienții de nutriție ai dnei Tritt îi spun că au probleme cu gustările nocturne, ea răspunde întrebându-i dacă au mâncat suficient pe parcursul zilei.

Răspunsul este adesea negativ, spune dna Tritt. Este posibil ca oamenii să renunțe la micul dejun sau să treacă peste toată ziua de lucru fără să se oprească pentru prânz sau chiar pentru o gustare.

După cină, este posibil să le fie încă foame, a spus ea, "simțindu-se puțin scăpați de sub control" în timp ce gustă din opțiuni mai puțin sănătoase.

Dna Tritt sugerează să începeți ziua cu un mic dejun - pâine prăjită cu unt de arahide, de exemplu, sau iaurt grecesc cu granola și fructe de pădure - și să încorporați un prânz echilibrat cu multe proteine, grăsimi sănătoase și carbohidrați complecși. Nu vă fie teamă să includeți și gustări hrănitoare, după cum este necesar, a spus ea.

7. Faceți cantități mai mari de mâncare gătită atunci când puteți

Prepararea meselor acasă este unul dintre cele mai bune lucruri pe care le puteți face pentru sănătatea dumneavoastră, a declarat Emily Haller, dietetician la Trinity Health Ann Arbor din Michigan.

Mesele gătite acasă sunt aproape întotdeauna mai bune pentru dumneavoastră - de obicei mai puțin procesate și mai sărace în sodiu și zaharuri adăugate - decât mesele preambalate sau de la restaurant.

Dna Haller a sugerat să vă folosiți weekend-urile sau alte momente libere pentru a pregăti loturi de ingrediente de bază.

Pilaful, orezul brun, quinoa, legumele prăjite, puiul fript și mărunțit, de exemplu, pot fi combinate în diverse mese satisfăcătoare, cum ar fi

boluri cu legume și orez, sau salate, a spus ea.

8. Folosiți alimente convenabile pentru a construi mese sănătoase

Dr. Nate Wood, directorul medicinei culinare de la Școala de Medicină Yale, adoră să gătească și a pregătit o mulțime de mese elaborate de la zero.

Dar cel mai bun sfat al său pentru o alimentație mai sănătoasă este să folosiți alimente simple, proaspete sau chiar ambalate, cum ar fi legumele congelate, conservele de fasole, conservele de pește și cerealele integrale pentru a pregăti mai ușor mese echilibrate acasă.

Dr. Wood a spus că puteți să adăugați o grămadă generoasă de linte din conservă pe un pat de salată verde, brânză de capră și semințe de dovleac pentru a le transforma într-o salată servită ca garnitură la mâncare principală.

9. Dacă relația ta cu mâncarea a avut de suferit, lucrează la îmbunătățirea ei

Mâncarea poate fi o sursă minunată de bucurie. Dar dacă ați fost hiperconcentrat pe o nutriție perfectă sau frustrat de ciclurile de dietă, pierdere în greutate și revenire, este posibil să o asociați cu restricție sau vinovăție, a declarat Amanda Li, dietetician la Centrul Medical al Universității din Washington.

Pentru a vă repara relația cu mâncarea, luați în considerare colaborarea cu un dietetician, a spus doamna Li, care vă poate ajuta să dezvoltați strategii pentru a planifica mese hrănitoare, a încerca noi bucătării, a găti cu familia sau prietenii sau pentru a mânca mai atent.

Acest proces poate dura, dar în cele din urmă va promova o atitudine pozitivă și relaxată cu privire la alimentație, ajutându-vă să vă bucurați de diverse alimente și să aveți încredere în corpul dumneavoastră pentru a vă spune când este plin - toate acestea fiind legate de o mai bună nutriție și sănătate, a spus dna Li.

10. Mai puțin alcool

Daunele provocate chiar și de cantități modeste de alcool au devenit mai clare în ultimii ani, a declarat Niyati Parekh, profesor de nutriție în domeniul sănătății publice la Universitatea din New York, SUA. Chiar și consumul moderat de alcool - definit ca un pahar sau mai puțin pe zi pentru femei sau două pahare sau mai puțin pe zi pentru bărbați - poate crește riscul de a dezvolta anumite cancere și unele forme de boli cardiovasculare.

Un nou studiu publicat recent în revista *Alcohol and Alcoholism* raportează că abținerea de la alcool pentru doar o lună poate oferi îmbunătățiri fizice și psihologice semnificative, inclusiv un somn de mai bună calitate, pierderea în greutate și îmbunătățirea dispoziției. "Decizia noastră de a efectua această revizuire sistematică a pornit de la un deficit de cercetare recunoscut".

Pentru acest studiu, cercetătorii au analizat datele din 16 studii publicate anterior privind Dry January, cuprinzând peste 150 000 de participanți. Oamenii de știință s-au concentrat pe cei care au luat parte la Dry January, impactul pe care l-a avut asupra lor și ce i-a ajutat să aibă succes în campanie.

La încheierea studiului, cercetătorii au constatat că participanții la Dry January care s-au abținut de la alcool pentru întreaga lună au raportat un somn îmbunătățit, o dispoziție mai bună, o capacitate sporită de a pierde în greutate, o energie crescută și o funcție hepatică și tensiune arterială mai sănătoase.

"Semnificația acestor constatări este că ele dezvăluie povara cumulativă subtilă, amplă și adesea neobservată pe care alcoolul o pune asupra sănătății mentale și fizice", a declarat Megan Strowger, PhD, autorul principal al studiului, pentru Medical News Today. La momentul studiului, aceasta era cercetător postdoctoral la Center for Alcohol and Addiction Studies (CAAS) în cadrul Școlii de Sănătate Publică de la Universitatea Brown, SUA.

"Analiza noastră a constatat că doar o pauză de o lună este sufici-

entă pentru a obține îmbunătățiri măsurabile în mai multe sisteme, inclusiv un somn mai bun, o tensiune arterială redusă și o funcție hepatică mai sănătoasă. Acest lucru este incredibil de încurajator. Mai important, această pauză pe termen scurt servește ca un instrument puternic de recalibrare", a adăugat ea, oferind oamenilor posibilitatea de a reflecta asupra relației lor cu alcoolul și de a stabili modele mai sănătoase pe termen lung.

Revenind la cele 10 recomandări propuse, vă invităm să le analizați cu atenție, să le adaptați, dacă este nevoie, de exemplu să adăugați soluții alimentare sănătoase specifice zonei noastre, și să alegeți acele schimbări sănătoase care vi se potrivesc și care vă pot ajuta în îndeplinirea obiectivelor de început de an legate de sănătate.

Mirela Mustață, redactor executiv

Surse de documentare:

1. <https://www.nytimes.com/2025/01/09/well/eat/healthy-eating-tips.html>
2. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/dry-january-1-month-no-alcohol-difference-health-study>
3. Sursa foto: <https://www.nytimes.com/2025/12/30/well/eat/>



Istoria Premiilor Nobel în medicină

Timp aproximativ de lectură: 9 minute

O dată pe an, Comitetul Nobel de la Karolinska Institutet din Suedia anunță un premiu pentru a recunoaște contribuția semnificativă în domeniul medical a până la trei cercetători din domeniul sănătății. Acest premiu Nobel se decernează împreună cu premii similare în fizică, chimie, economie, literatură și pace.

Premiul Nobel pentru fiziologie sau medicină este considerat a fi cea mai înaltă distincție în domeniul sănătății. Până în prezent, au fost acordate 110 premii Nobel pentru medicină (vezi lista de la finalul articolului) unui număr de 219 laureați, dintre care cel mai tânăr avea 32 de ani, iar cel mai vârstnic 87 de ani.

Din 1901 (data primei atribuirii a premiului Nobel pentru medicină) încoace, au existat doar nouă ani în care aceste premii nu au fost acordate, în timpul Primului și celui de-al Doilea Război Mondial. Există **trei mari capitole în istoria Premiilor Nobel în medicină, după cum urmează:**

1. De la inițierea lor în 1901 până în 1940

În această perioadă au fost premiate multe descoperiri în domeniul bolilor infecțioase (malaria, tuberculoză, patologii cu protozoare, tuse convulsivă, tifos), afecțiuni care erau la acea vreme dominante în întreaga lume. De asemenea, un număr semnificativ de premii au fost atribuite pentru cercetări în fiziologie (sistemul nervos, mecanisme privind procesul digestiei, tiroida, structurile vasculare, aparatul vestibular, mușchii).

Alte premii au fost acordate pentru realizări în domeniile imunologiei (nu întâmplător descoperirea grupurilor sanguine umane, premiată în 1930, este considerată de mulți experți fundamentul științific al imunologiei), endocrinologiei (descoperirea insulinei umane), biochimiei (studiul enzimelor respiratorii) și anafilaxiei.

2. Între anii 1940 și 1970

Numărul oamenilor de știință recompensați a crescut și aproape în fiecare an mai mult de un savant a fost premiat. După cel de-al Doilea Război Mondial, cercetătorii din domeniul biomedical au lucrat din ce în ce mai mult în echipe, iar comunicarea între oamenii de știință, activi pe aceleași teme de cercetare și care locuiau în țări îndepărtate, a devenit mai precisă și mai rapidă decât în trecut.

În ceea ce privește descoperirile premiate în această perioadă de timp, ele reflectau în mod clar nașterea și/sau dezvoltarea și uneori explozia unor domenii de cercetare biomedicale specifice, în special terapiile antimicrobiene și chirurgicale (penicilina, streptomicina, transplanturile), biologia moleculară, ADN-ul și genetica. De asemenea ,

au fost premiate progrese în domeniile biomedicale deja existente, în special biochimia (descoperiri referitoare la metabolismul uman, vitamine și enzime), endocrinologia și neurofiziologia (descoperirea de noi hormoni și factori de creștere) și imunologia (elucidarea structurii chimice a anticorpilor). Avansul tehnologic a fost recunoscut oficial la sfârșitul acestei a doua perioade de timp (1979) cu un premiu pentru dezvoltarea tomografiei asistate de calculator.

3. Din anii 1980 până în prezent

Domeniile de cercetare ale oamenilor de știință distinși în această perioadă au inclus biologia moleculară (funcția proteinelor, reglarea ciclului celular), farmacologia și imunologia (căi de transducție celulară, anticorpi monoclonali), genetica și genomica (enzime de restricție, celule stem), tehnologia sănătății (rezonanța magnetică nucleară), precum și investigarea bolilor cardiovasculare (oxid nitric și prostaglandine) și a celor neoplazice (oncogene și terapia cancerului prin inhibarea reglării negative a imunității).

Atribuirea premiilor din ultimii patruzeci de ani reflectă în mod clar cercetarea continuă în fiecare domeniu al etiologiei, patogenzei și tratamentului patologiilor cronico-degenerative dominante în această perioadă. În plus, studiile fundamentale privind bolile infecțioase au fost recunoscute în mod corespunzător și în acest al treilea capitol al Premiilor Nobel în medicină, de la descoperirea de noi agenți patogenici (prioni și *helicobacter pylori*) la studiul relațiilor dintre infecții și patologiile neoplazice (virusul imunodeficienței umane, virusul papiloma), de la progresul în terapia malariei la tratamentul efectiv al paraziților intestinali.

Ce au însemnat acele descoperiri în practicarea medicinei și în viața noastră de zi cu zi?

Un exemplu de mare impact în practica medicinei este obiectul **Premiului Nobel pentru Fiziologie și Medicină 2023**, care a fost acordat în comun Dr. Katalin Karikó și Dr. Drew Weissman. Comitetul No-

bel i-a recunoscut pe Dr. Weissman și Dr. Karikó pentru cercetările lor inovatoare privind **răspunsul inflamator al celulelor dendritice la ARNm** și modul în care modificările bazelor au redus atât răspunsurile inflamatorii, cât și creșterea producției de proteine - deschizând, în esență, calea pentru dezvoltarea rapidă a vaccinurilor cu ARNm cu baze modificate pentru combaterea virusului SARS-CoV-2, sau COVID-19.

Premiul nu numai că subliniază contribuția semnificativă adusă de descoperirile ARN la scară globală pentru a lupta cu o epidemie în plină desfășurare, dar și scot în evidență potențialul uriaș al terapiei bazate pe ARN, considerată soluția de viitor în tratarea bolilor.

În anul următor, **Victor Ambros și Gary Bruce Ruvkun au primit împreună Premiul Nobel pentru Fiziologie și Medicină 2024 pentru descoperirea microARN** și a rolului său în reglarea post-transcripțională a genelor, ceea ce oferă perspective deosebite pentru dezvoltarea terapiei ARN. Descoperirea faptului că microARN-urile (miARN-urile) reglează post-transcripțional expresia genelor a reprezentat o schimbare de paradigmă, iar rolul lor în biologia dezvoltării și în cancer a atras atenția cercetătorilor la nivel mondial.

Ce face din microARN un obiect atât de promițător al cercetării biologice și biomedicale actuale? MicroARN-urile vin cu un avantaj deosebit, deoarece acționează ca niște comutatoare moleculare care ajustează rețele întregi de gene, specifice sau nu unor singure gene. Ele sunt, de asemenea, stabile în biofluide, ceea ce le face candidați ideali pentru diagnosticarea neinvazivă prin probe de biopsie lichidă. Modelele lor de expresie specifice țesuturilor și bolilor oferă specificitate, iar kiturile optimizate de extracție a miARN oferă ușurință în utilizare și sensibilitate, ceea ce este exact ceea ce doresc cercetătorii pentru biomarkeri sau pentru țintele lor terapeutice.

Un alt exemplu recent de mare impact este **descoperirea receptorilor pentru temperatură și atingere, obiectul Premiului Nobel pentru Fiziologie și Medicină 2021** acordat în comun lui David Julius și Ardem Patapoutian. Această descoperire ne-a permis să înțelegem

cum căldura, frigul și forța mecanică pot iniția impulsurile nervoase care ne permit să percepem și să ne adaptăm la lumea din jurul nostru, proces esențial pentru supraviețuirea noastră ca specie. De asemenea, această descoperire permite dezvoltarea de tratamente pentru o gamă largă de boli, inclusiv durerea cronică.

Premiul Nobel pentru Fiziologie și Medicină 2020 a fost acordat lui Harvey J. Alter, Michael Houghton și Charles M. Rice. Aceștia au făcut descoperiri fundamentale care au condus la **identificarea unui nou virus, virusul hepatitei C.** Înainte de activitatea lor, descoperirea virusurilor hepatitei A și B a reprezentat un foarte important pas înainte, însă majoritatea cazurilor de hepatită transmisă prin sânge rămăseseră neexplicate. Descoperirea virusului hepatitei C a dezvăluit cauza acestor cazuri de hepatită cronică și a făcut posibilă dezvoltarea unor noi teste de sânge și medicamente care au salvat milioane de vieți.

Acesta este de fapt scopul ultim al Premiilor Nobel pentru Fiziologie și Medicină, după cum subliniază Comitetul Nobel însuși, selectând laureații pe baza criteriilor stabilite în testamentul original al lui Alfred Nobel, scris în 1895, acordând "**premii pentru cei care, în cursul anului precedent, au adus cele mai mari beneficii omenirii**".

Anexă Lista completă a laureaților Premiului Nobel pentru Medicină din 1901 până în prezent este următoarea:

2025: Mary E. Brunkow, Fred Ramsdell, Shimon Sakaguchi "pentru descoperirile lor privind toleranța imună periferică".

2024: Victor Ambros, Gary Ruvkun, "pentru descoperirea microARN și rolul său în reglarea post-transcripțională a genelor".

2023: Katalin Karikó, Drew Weissman, "pentru descoperirile lor privind modificările bazelor nucleozidice care au permis dezvoltarea unor vaccinuri eficiente cu ARNm împotriva COVID-19".

2022: Svante Pääbo, "pentru descoperirile sale privind genomul hominilor dispăruți și evoluția umană".

2021: David Julius, Ardem Patapoutian, "pentru descoperirile lor privind receptorii pentru temperatură și atingere".

2020: Harvey J. Alter, Michael Houghton, Charles M. Rice, "pentru descoperirea virusului hepatitei C".

2019: William G. Kaelin Jr., Sir Peter J. Ratcliffe, Gregg L. Semenza "pentru descoperirile lor privind modul în care celulele simt și se adaptează la disponibilitatea oxigenului".

2018: James P. Allison, Tasuku Honjo "pentru descoperirea terapiei împotriva cancerului prin inhibarea reglării imunitare negative".

2017: Jeffrey C. Hall, Michael Rosbash și Michael W. Young "pentru descoperirile lor privind mecanismele moleculare care controlează ritmul circadian".

2016: Yoshinori Ohsumi, pentru descoperirile sale privind autofagia, sau "mâncatul de sine".

2015: William C. Campbell și Satoshi Ōmura au fost premiați împreună pentru descoperirea unui nou tratament pentru infecțiile cauzate de paraziții viermilor rotunzi.

2014: John O'Keefe, May-Britt Moser și soțul acesteia, Edvard I. Moser, "pentru descoperirile lor privind celulele care constituie un sistem de poziționare în creier".

2013: James Rothman, Randy Schekman și Thomas Südhof, pentru munca lor în dezvăluirea modului în care celulele controlează livrarea și eliberarea moleculelor - hormoni, protein, neurotransmițători.

2012: Sir John B. Gurdon și Shinya Yamanaka, pentru lucrările lor inovatoare privind celulele stem.

2011: Bruce Beutler, Jules Hoffmann și Dr. Ralph Steinman, "pentru descoperirile lor privind activarea imunității înnăscute".

2010: Robert G. Edwards, "pentru dezvoltarea fertilizării in vitro".

2009: Elizabeth H. Blackburn, Carol W. Greider, Jack W. Szostak, "pen-

tru descoperirea modului în care cromozomii sunt protejați de telomeri și de enzima telomerază".

2008: Harald zur Hausen, "pentru descoperirea virusului papiloma uman care cauzează cancerul de col uterin", Françoise Barré-Sinoussi, Luc Montagnier, "descoperirea virusului imunodeficienței umane".

2007: Mario R. Capecchi, Sir Martin J. Evans, Oliver Smithies, "pentru descoperirea principiilor de introducere a modificărilor genetice specifice la șoareci prin utilizarea celulelor stem embrionare".

2006: Andrew Z. Fire, Craig C. Mello, "pentru descoperirea interferenței ARN - reducerea la tăcere a genelor prin ARN dublu-catenar".

2005: Barry J. Marshall, J. Robin Warren, "pentru descoperirea bacteriei *Helicobacter pylori* și rolul acesteia în gastrită și ulcerul peptic".

2004: Richard Axel, Linda B. Buck, "pentru descoperirea receptorilor odoranți și a organizării sistemului olfactiv".

2003: Paul C. Lauterbur, Sir Peter Mansfield, "pentru descoperiri privind imagistica prin rezonanță magnetică".

2002: Sydney Brenner, H. Robert Horvitz, John E. Sulston, "pentru descoperirile lor privind "reglarea genetică a dezvoltării organelor și moartea celulară programată".

2001: Leland H. Hartwell, Tim Hunt, Sir Paul M. Nurse, "pentru descoperirile lor privind principalii regulatori ai ciclului celular".

2000: Arvid Carlsson, Paul Greengard, Eric R. Kandel, "pentru descoperirile lor privind transducția semnalelor în sistemul nervos".

1999: Günter Blobel, "pentru descoperirea faptului că proteinele au semnale intrinseci care le guvernează transportul și localizarea în celulă".

1998: Robert F. Furchgott, Louis J. Ignarro, Ferid Murad, "pentru descoperirile lor privind oxidul nitric ca moleculă de semnalizare în sistemul cardiovascular".

1997: Stanley B. Prusiner, "pentru descoperirea Prionilor - un nou principiu biologic al infecției".

1996: Peter C. Doherty, Rolf M. Zinkernagel, "pentru descoperirile lor privind specificitatea apărării imunitare mediate celular".

1995: Edward B. Lewis, Christiane Nüsslein-Volhard, Eric F. Wieschaus, "pentru descoperirile lor privind controlul genetic al dezvoltării embrionare timpurii".

1994: Alfred G. Gilman, Martin Rodbell, "pentru descoperirea proteinelor G și a rolului acestor proteine în transducția semnalului în celule".

1993: Richard J. Roberts, Phillip A. Sharp, "pentru descoperirea genelor divizate".

1992: Edmond H. Fischer, Edwin G. Krebs, "pentru descoperirile lor privind fosforilarea reversibilă a proteinelor ca mecanism de reglementare biologică".

1991: Erwin Neher, Bert Sakmann, "pentru descoperi privind funcția canalelor ionice unice în celule".

1990: Joseph E. Murray, E. Donnall Thomas, "pentru descoperirile lor privind transplantul de organe și celule în tratamentul bolilor umane".

1989: J. Michael Bishop, Harold E. Varmus, "pentru descoperirea originii celulare a oncogenelor retrovirale".

1988: Sir James W. Black, Gertrude B. Elion, George H. Hitchings, "pentru descoperirea de principii importante pentru tratamentul medicamentos".

1987: Susumu Tonegawa, "pentru descoperirea principiului genetic de generare a diversității anticorpilor".

1986: Stanley Cohen, Rita Levi-Montalcini, "pentru descoperirile lor privind factorii de creștere".

1985: Michael S. Brown, Joseph L. Goldstein, "pentru descoperirile lor privind reglarea metabolismului colesterolului".

1984: Niels K. Jerne, Georges J.F. Köhler, César Milstein, "pentru teoriile privind specificitatea în dezvoltarea și controlul sistemului imunitar și descoperirea principiului de producere a anticorpilor monoclonali".

1983: Barbara McClintock, "pentru descoperirea elementelor genetice mobile".

1982: Sune K. Bergström, Bengt I. Samuelsson, John R. Vane, "pentru descoperirile lor privind prostaglandinele și substanțele biologice active conexe".

1981: Roger W. Sperry, "pentru descoperirile sale privind specializarea funcțională a emisferelor cerebrale" și David H. Hubel și Torsten N. Wiesel, "pentru descoperirile lor privind prelucrarea informațiilor în sistemul vizual".

1980: Baruj Benacerraf, Jean Dausset, George D. Snell, "pentru descoperirile lor privind structurile determinate genetic de pe suprafața celulelor care reglează reacțiile imunologice".

1979: Allan M. Cormack, Godfrey N. Hounsfield, "pentru dezvoltarea tomografiei asistate de calculator".

1978: Werner Arber, Daniel Nathans, Hamilton O. Smith, "pentru descoperirea enzimelor de restricție și aplicarea lor la problemele de genetică moleculară".

1977: Roger Guillemin și Andrew V. Schally, "pentru descoperirile lor privind producția de hormoni peptidici din creier" și Rosalyn Yalow, "pentru dezvoltarea de radioimunoanalize ale hormonilor peptidici".

1976: Baruch S. Blumberg, D. Carleton Gajdusek, "pentru descoperirile lor privind noile mecanisme de origine și răspândire a bolilor infecțioase".

1975: David Baltimore, Renato Dulbecco, Howard Martin Temin, "pen-

tru descoperirile lor privind interacțiunea dintre virusurile tumorale și materialul genetic al celulei".

1974: Albert Claude, Christian de Duve, George E. Palade, "pentru descoperirile lor privind organizarea structurală și funcțională a celulei".

1973: Karl von Frisch, Konrad Lorenz, Nikolaas Tinbergen, "pentru descoperirile lor privind organizarea și provocarea modelelor de comportament individual și social".

1972: Gerald M. Edelman, Rodney R. Porter, "pentru descoperirile lor privind structura chimică a anticorpilor".

1971: Earl W. Sutherland Jr, "pentru descoperirile sale privind mecanismele de acțiune ale hormonilor".

1970: Sir Bernard Katz, Ulf von Euler, Julius Axelrod, "pentru descoperirile lor privind transmitătorii umorali din terminalele nervoase și mecanismul de stocare, eliberare și inactivare a acestora".

1969: Max Delbrück, Alfred D. Hershey, Salvador E. Luria, "pentru descoperirile lor privind mecanismul de replicare și structura genetică a virușilor".

1968: Robert W. Holley, Har Gobind Khorana, Marshall W. Nirenberg, "pentru interpretarea codului genetic și funcția acestuia în sinteza proteinelor".

1967: Ragnar Granit, Haldan Keffer Hartline, George Wald, "pentru descoperirile lor privind principalele procese vizuale fiziologice și chimice din ochi".

1966: Peyton Rous, "pentru descoperirea virușilor care induc tumori" și Charles Brenton Huggins, "pentru descoperirile sale privind tratamentul hormonal al cancerului de prostată".

1965: François Jacob, André Lwoff, Jacques Monod, "pentru descoperirile lor privind controlul genetic al sintezei enzimelor și virusurilor".

1964: Konrad Bloch, Feodor Lynen, "pentru descoperirile lor privind

mecanismul și reglarea metabolismului colesterolului și al acizilor grași".

1963: Sir John Carew Eccles, Alan Lloyd Hodgkin, Andrew Fielding Huxley, "pentru descoperirile lor privind mecanismele ionice implicate în excitație și inhibiție în porțiunile periferice și centrale ale membranei celulelor nervoase".

1962: Francis Harry Compton Crick, James Dewey Watson, Maurice Hugh Frederick Wilkins, "pentru descoperirile lor privind structura moleculară a acizilor nucleici și importanța acestora pentru transferul de informații în materia vie".

1961: Georg von Békésy, "pentru descoperirile sale privind mecanismul fizic al stimulării în cohlee".

1960: Frank Macfarlane Burnet, Peter Brian Medawar "descoperirea toleranței imunologice dobândite".

1959: Severo Ochoa, Arthur Kornberg, "pentru descoperirea mecanismelor de sinteză biologică a acidului ribonucleic și a acidului dezoxiribonucleic".

1958: George Wells Beadle și Edward Lawrie Tatum, "pentru descoperirea că genele acționează prin reglarea unor evenimente chimice definite" și Joshua Lederberg, "pentru descoperirile sale privind recombinația genetică și organizarea materialului genetic al bacteriilor".

1957: Daniel Bovet, "descoperi referitoare la compușii sintetici care inhibă acțiunea anumitor substanțe corporale, în special acțiunea lor asupra sistemului vascular și a mușchilor scheletici".

1956: André Frédéric Cournand, Werner Forssmann, Dickinson W. Richards, "pentru descoperirile lor privind cateterismul cardiac și modificările patologice ale sistemului circulator".

1955: Axel Hugo Theodor Theorell, "pentru descoperirile sale privind natura și modul de acțiune al enzimelor de oxidare".

1954: John Franklin Enders, Thomas Huckle Weller, Frederick Chapman

Robbins, "pentru descoperirea capacității virusurilor poliomielitei de a se dezvolta în culturi de diferite tipuri de țesuturi".

1953: Hans Adolf Krebs, "pentru descoperirea ciclului acidului citric" și Fritz Albert Lipmann "pentru descoperirea coenzimei A și a importanței acesteia pentru metabolismul intermediar".

1952: Selman Abraham Waksman, "pentru descoperirea streptominei, primul antibiotic eficient împotriva tuberculozei".

1951: Max Theiler, "pentru descoperirile sale privind febra galbenă și modul de combatere a acesteia".

1950: Edward Calvin Kendall, Tadeus Reichstein, Philip Showalter Hench, "pentru descoperirile lor referitoare la hormonii cortexului suprarenal, structura și efectele lor biologice".

1949: Walter Rudolf Hess, "pentru descoperirea sa privind organizarea funcțională a interencefalului ca coordonator al activităților organelor interne" și Antonio Caetano de Abreu Freire Egas Moniz, "pentru descoperirea sa privind valoarea terapeutică a leucotomiei în anumițe psihoze".

1948: Paul Hermann Müller, "pentru descoperirea eficienței ridicate a DDT ca otravă de contact împotriva mai multor artropode".

1947: Carl Ferdinand Cori și Gerty Theresa Cori, născută Radnitz, "pentru descoperirea cursului conversiei catalitice a glicogenului" și Bernardo Alberto Houssay, "pentru descoperirea rolului jucat de hormonul lobului hipofizar anterior în metabolismul zahărului".

1946: Hermann Joseph Muller, "pentru descoperirea producerii de mutații prin iradiere cu raze X".

1945: Sir Alexander Fleming, Ernst Boris Chain, Sir Howard Walter Florey, "pentru descoperirea penicilinei și a efectului său curativ în diferite boli infecțioase".

1944: Joseph Erlanger, Herbert Spencer Gasser, "pentru descoperirile lor referitoare la funcțiile foarte diferențiate ale fibrelor nervoase

individuale".

1943: Henrik Carl Peter Dam, Edward Adelbert Doisy, "pentru descoperirea vitaminei K" și Edward Adelbert Doisy "pentru descoperirea naturii chimice a vitaminei K".

1939: Gerhard Domagk, "pentru descoperirea efectelor antibacteriene ale prontosilului".

1938: Corneille Jean François Heymans, "pentru descoperirea rolului jucat de mecanismele sinusale și aortice în reglarea respirației".

1937: Albert von Szent-Györgyi Nagyrápolt, "pentru descoperirile sale în legătură cu procesele biologice de combustie, cu referire specială la vitamina C și la cataliza acidului fumaric".

1936: Sir Henry Hallett Dale, Otto Loewi, "pentru descoperirile lor legate de transmiterea chimică a impulsurilor nervoase".

1935: Hans Spemann, "pentru descoperirea efectului organizator în dezvoltarea embrionară".

1934: George Hoyt Whipple, George Richards Minot, William Parry Murphy, "pentru descoperirile lor privind terapia ficatului în cazurile de anemie".

1933: Thomas Hunt Morgan, "pentru descoperirile sale privind rolul jucat de cromozom în ereditate".

1932: Sir Charles Scott Sherrington, Edgar Douglas Adrian, "pentru descoperirile lor privind funcțiile neuronilor".

1931: Otto Heinrich Warburg, "pentru descoperirea naturii și a modului de acțiune a enzimei respiratorii".

1930: Karl Landsteiner, "pentru descoperirea grupelor sanguine umane".

1929: Christiaan Eijkman, "pentru descoperirea vitaminei antineuritice" și Sir Frederick Gowland Hopkins, "pentru descoperirea vitaminelor stimulative de creștere".

1928: Charles Jules Henri Nicolle, "pentru lucrările sale privind tifosul".

1927: Julius Wagner-Jauregg, "pentru descoperirea valorii terapeutice a inoculării malariei în tratamentul demenței paralitice".

1926: Johannes Andreas Grib Fibiger, "pentru descoperirea carcinomului Spiroptera".

1924: Willem Einthoven, "pentru descoperirea mecanismului electrocardiografei".

1923: Frederick Grant Banting, John James Rickard Macleod, "pentru descoperirea insulinei".

1922: Archibald Vivian Hill, "pentru descoperirea sa referitoare la producerea de căldură în mușchi" și Otto Fritz Meyerhof, "pentru descoperirea relației fixe dintre consumul de oxigen și metabolismul acidului lactic în mușchi".

1920: Schack August Steenberg Krogh, "descoperirea mecanismului de reglare a motorului capilar".

1919: Jules Bordet, "pentru descoperirile sale referitoare la imunitate".

1914: Robert Bárány, "pentru lucrările sale privind fiziologia și patologia aparatului vestibular".

1913: Charles Robert Richet, "pentru lucrările sale privind anafilaxia".

1912: Alexis Carrel, "lucrări sale privind sutura vasculară și transplantul de vase de sânge și organe".

1911: Allvar Gullstrand, "pentru lucrările sale privind dioptriile ochiului".

1910: Albrecht Kossel, "în semn de recunoaștere a contribuțiilor la cunoașterea chimiei celulare aduse prin lucrările sale privind proteinele, inclusiv substanțele nucleice".

1909: Emil Theodor Kocher, "pentru lucrările sale privind fiziologia,

patologia și chirurgia glandei tiroide".

1908: Ilya Ilyich Mechnikov, Paul Ehrlich, "în semn de recunoaștere a lucrărilor lor privind imunitatea".

1907: Charles Louis Alphonse Laveran, "în semn de recunoaștere a lucrărilor sale privind rolul jucat de protozoare în provocarea bolilor".

1906: Camillo Golgi, Santiago Ramón y Cajal, "în semn de recunoaștere a lucrărilor lor privind structura sistemului nervos".

1905: Robert Koch, "pentru investigațiile și descoperirile sale în legătură cu tuberculoza".

1904: Ivan Petrovich Pavlov, "în semn de recunoaștere a lucrărilor sale privind fiziologia digestiei, prin care cunoștințele privind aspectele vitale ale subiectului au fost transformate și extinse".

1903: Niels Ryberg Finsen, "tratamentul bolilor, în special al lupusului vulgar, cu ajutorul radiațiilor luminoase concentrate, prin care a deschis o nouă cale pentru știința medicală".

1902: Ronald Ross, "pentru munca sa asupra malariei, prin care a arătat cum intră aceasta în organism și a pus astfel bazele unor cercetări de succes asupra acestei boli și a metodelor de combatere a acesteia".

1901: Emil Adolf von Behring, "pentru lucrările sale asupra seroterapiei, în special aplicarea acesteia împotriva difteriei, prin care a deschis o nouă cale în domeniul științei medicale și a pus astfel în mâinile medicului o armă victorioasă împotriva bolilor și a deceselor".

Mirela Mustață, redactor executiv

Surse de documentare:

1. <https://www.worldscientific.com/worldscibooks/10.1142/p819>

2. <https://www.livescience.com/16342-nobel-prize-medicine-history-list.html>
3. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3164255/>
4. <https://www.nobelprize.org/behind-the-scenes-of-the-nobel-prize-in-physiology-or-medicine/>
5. https://www.researchgate.net/publication/349005005_Nobel_Prizes_in_Medicine_as_an_overview_on_XX_and_XXI_centuries_biomedicine_and_health_sciences_historical_and_epistemological_considerations
6. <https://www.icr.ac.uk/research-and-discoveries/cancer-blogs/detail/science-talk/how-nobel-prize-winning-research-is-helping-us-to-treat-cancer>
7. <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2020/press-release/>
8. <https://tecnico.ulisboa.pt/en/news/how-the-nobel-prizes-in-medicine-physics-and-chemistry-have-improved-our-lives/>
9. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5922683/>
10. <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2021/summary/>
11. <https://www.google.com/search?q=nobel+prize+2022+medicine>
12. <https://rna.umich.edu/nobel-prize-awarded-to-2024-rna-symposium-speaker-drew-weissman/>
13. <https://affairscloud.com/american-biologists-victor-ambros-gary-ruvkun-wins-nobel-prize-in-physiology-or-medicine-2024/>
14. <https://www.news-medical.net/news/20250506/How-microRNA-is-transforming-science-From-discovery-to-diagnostics.aspx>
15. Sursa foto: <https://www.nobelprize.org/alfred-nobel/alfred-nobels-will/>

O comparație a schemelor de vaccinare din Europa și Statele Unite ale Americii (SUA)

Timp de lectură: 9 minute

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) estimează că vaccinarea previne aproximativ 3,5-5 milioane de decese în fiecare an prin evitarea îmbolnăvirilor grave cu boli precum difteria, tetanosul, pertussis-ul, gripa și rujeola. În ciuda acestor succese, ezitarea față de vaccinare este un fenomen în creștere în ultimii ani. Aceasta este determinată de mulți factori sociali, de sănătate, economici și culturali, inclusiv răspândirea dezinformării, scăderea încrederii în sistemele de sănătate și o percepție eronată a diminuării riscului de îmbolnăvire datorită prevalenței scăzute a bolilor infecțioase din ultimele decenii. Aceste evoluții au condus la reducerea acoperirii vaccinale și la reapariția multor boli care pot fi prevenite prin vaccinare (vaccin-preventable diseases - VPDs).

De exemplu, în 2024, Europa a înregistrat o creștere de aproape zece ori a infecțiilor cu rujeolă.

SUA au avut aceeași problemă - Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health a anunțat că în SUA s-au înregistrat anul trecut mai multe cazuri și decese decât în ultimele trei decenii. Astfel, s-au raportat



mai mult de 2.000 de cazuri de rujeolă în 2025, un total anual mai mare decât SUA a înregistrat în ultimele decenii. Ultima dată când au fost raportate mai mult de 2.000 de cazuri într-un singur an a fost în 1992, la doar câțiva ani după ce liderii din domeniul sănătății au actualizat recomandările iar copii au trebuit să primească două doze de vaccin împotriva rujeolei, oreionului și rubeolei (ROR) în loc de una singură. Rujeola este una dintre cele mai contagioase boli cunoscute, dar vaccinul ROR oferă o protecție foarte eficientă. Potrivit Centru-lui pentru Controlul Îmbolnăvirilor, o doză este eficientă în proporție de 93% împotriva infecției cu rujeolă, iar două doze sunt eficiente în proporție de 97%.

În plus, în 2025, pentru al doilea an consecutiv, SUA a depășit 25.000 de cazuri de tuse convulsivă - un alt semn al riscurilor legate de scăderea nivelului de vaccinare. Creșterea numărului de cazuri de tuse convulsivă nu este specifică SUA, potrivit Organizației Panamericane a Sănătății, care servește drept birou al Organizației Mondiale a Sănătății pentru regiunea Americilor. Astfel, 977.000 de cazuri de tuse convulsivă au fost raportate anul trecut la OMS, o creștere de cinci ori față de 2023.

Reapariția bolilor prevenibile prin vaccinare prezintă riscuri semnificative pentru populațiile vulnerabile, inclusiv sugarii, persoanele în vârstă și persoanele imuno-compromise. Scăderea ratelor de vaccinare a contribuit, de asemenea, la creșterea prevalenței altor infecții grave, cum ar fi meningita, gripa și pneumonia, ceea ce a dus la creșterea numărului de spitalizări și decese.

Ca răspuns la aceste provocări, țările europene au adoptat diverse strategii pentru a îmbunătăți acoperirea vaccinală. Unele s-au concentrat pe educația publică și pe accesibilitate, în timp ce altele au întărit legislația privind vaccinarea obligatorie. O vaccinare obligatorie este definită ca o vaccinare pe care fiecare copil trebuie să o primească prin lege, fără ca părintele să aibă posibilitatea de a alege să accepte sau nu administrarea acesteia.

O vaccinare recomandată este o vaccinare care este inclusă în programul național de imunizare pentru toate sau pentru unele grupuri specifice, independent de faptul că este finanțată sau nu de sistemul public de sănătate. Dintre cele 30 de țări UE/SEE (Spațiul Economic European, care constă din țările UE și Islanda, Norvegia și Lichentenstein), cinci țări (Austria, Grecia, Liechtenstein, Luxemburg și Spania) recomandă toate vaccinurile incluse în programele lor naționale de imunizare. Belgia a adoptat, de asemenea, o politică globală de vaccinare, recomandând toate vaccinurile, cu excepția vaccinării împotriva poliomielitei, care este obligatorie.

Programele de vaccinare pentru oreion, rujeolă și rubeolă (ROR) prezintă numeroase variații în cele 30 de țări UE/SEE analizate. Aceste vaccinuri sunt obligatorii în 10 țări, inclusiv Bulgaria, Croația, Republica Cehă, Franța, Ungaria, Italia, Letonia, Polonia, Slovacia și Slovenia. În Germania, vaccinarea împotriva rujeolei este obligatorie, în timp ce vaccinurile împotriva oreionului și rubeolei sunt recomandate. În toate celelalte țări, vaccinarea ROR este recomandată, dar nu obligatorie. Vaccinarea împotriva varicelei prezintă diferențe notabile de politică publică în spațiul UE/SEE. Începând cu 2024, trei țări (Italia, Letonia și Ungaria) au făcut vaccinarea împotriva varicelei obligato-

rie. În schimb, 12 țări recomandă vaccinul, în timp ce 15 țări nu l-au inclus încă în recomandările lor naționale.

Pentru tetanos-difterie-pertussis (Tdap), toate cele trei vaccinuri sunt obligatorii în 10 țări (Bulgaria, Croația, Republica Cehă, Franța, Ungaria, Italia, Letonia, Malta, Polonia, Slovacia și Slovenia), în timp ce în Malta sunt obligatorii doar tetanosul și difteria. În celelalte 19 țări, vaccinurile Tdap sunt recomandate, dar nu obligatorii.

Vaccinarea împotriva *Haemophilus influenzae* tip B (Hib) urmează un model similar. Vaccinarea împotriva Hib este obligatorie în 10 țări (Bulgaria, Croația, Republica Cehă, Franța, Ungaria, Italia, Letonia, Polonia, Slovacia, Slovenia), în timp ce rămâne recomandată în celelalte 20.

În ceea ce privește hepatita B, vaccinul este obligatoriu în 10 țări (Bulgaria, Croația, Republica Cehă, Franța, Ungaria, Italia, Letonia, Polonia, Slovacia, Slovenia), iar în restul țărilor este recomandat, în special pentru nou-născuții ai mamelor seropozitive pentru hepatita B, pentru a preveni transmiterea.

Pentru poliomielită, vaccinarea este obligatorie în 12 țări (Belgia, Bulgaria, Croația, Republica Cehă, Franța, Ungaria, Italia, Letonia, Malta, Polonia, Slovacia și Slovenia) și recomandată în celelalte 18 țări. În cazul bolii meningococice, vaccinul este recomandat în 19 țări, în timp ce Franța a introdus vaccinarea obligatorie. 10 țări (Bulgaria, Croația, Danemarca, Estonia, Finlanda, Letonia, Norvegia, România, Slovenia și Suedia) nu au inclus încă o recomandare pentru vaccinul meningococic în programele lor naționale de imunizare. În 22 de țări, vaccinarea împotriva pneumococului este recomandată ca parte a programului lor național de imunizare. În șapte țări (Bulgaria, Croația, Franța, Ungaria, Letonia, Polonia și Slovacia), vaccinul este obligatoriu. Estonia este singura țară în care nu a fost pusă în aplicare nicio recomandare pentru această vaccinare.

Aproape toate țările UE, împreună cu Norvegia și Islanda, oferă vaccinarea împotriva HPV atât fetelor, cât și băieților în adolescență. Numă-

Country	Diphtheria	Tetanus	Pertussis	Hepatitis B	Hib	Poliomyelitis	Measles	Mumps	Rubella	Varicella	Meningococcal Disease	Pneumococcal Disease
Austria										*	*	
Belgium										*	**	
Bulgaria												
Croatia												
Cyprus									*		***	
Czech Republic									*			
Denmark												
Estonia												
Finland												
France											***	
Germany												
Greece												
Hungary												
Iceland												
Ireland												
Italy												
Latvia												
Liechtenstein												
Lithuania												
Luxembourg												
Malta												
Netherlands												
Norway												
Poland												
Portugal												
Romania												
Slovakia												
Slovenia												
Spain												
Sweden												

Programe de vaccinare a copiilor în țările UE/EAA în 2024

■ obligatoriu; ■ recomandat; ■ nerecomandat; ■ recomandat pentru grupele de vârstă cu risc; ■ obligatoriu doar pentru un anumit grup * nu este finanțat de Serviciile Naționale de Sănătate (NHS) ** de la 14 la 16 ani nu este finanțat de NHS; *** de la 2 la 16 ani nu este finanțat de NHS; **** recomandat la a treia lună.

rul de doze recomandate în program poate varia. Unele țări asigură vaccinarea în școli, în timp ce altele în unitățile sanitare. În 2023, în medie, 64% dintre fetele din UE au primit toate dozele recomandate de vaccin HPV până la vârsta de 15 ani, variind de la 91% în Portugalia la 7% în Bulgaria. În toate țările, cu excepția Portugaliei, Islandei și Norvegiei, acoperirea nu a atins obiectivul OMS 2030 de vaccinare completă a 90% dintre fete până la vârsta de 15 ani. Acoperirea vac-

cinală în rândul băieților este în general mai scăzută decât în rândul fetelor, reflectând includerea lor mai recentă în programul de vaccinare. Cu toate acestea, unele țări au crescut acoperirea în ultimii ani, șapte țări înregistrând rate de vaccinare la băieți cu cel mult 10% mai mici decât ratele la fete. Opt țări (Norvegia, Portugalia, Danemarca, Irlanda, Finlanda, Belgia, Ungaria și Regatul Unit) au vaccinat mai mult de 60% dintre băieți cu toate dozele de vaccin HPV în 2023.

Toate aceste date evidențiază peisajul divers al politicilor de vaccinare pediatrică în UE și SEE. În special, 13 țări aveau cel puțin o vaccinare pediatrică obligatorie, în timp ce 17 țări nu aveau vaccinări obligatorii, bazându-se doar pe recomandări. Aceeași variabilitate pe care o observăm la nivelul UE/SEE se regăsește și la nivel global.

Aceste variații sunt rezultatul:

1. diferențelor în epidemiologia (tipare și frecvență) bolilor prevenibile prin vaccinare în fiecare țară.
2. diferențelor în modul în care țările iau decizii cu privire la vaccinurile care trebuie oferite tuturor.
3. capacității sistemului de sănătate de a adăuga noi vaccinuri și costului asociat.
4. istoriei și tradiției vaccinării în țara respectivă ("întotdeauna am procedat astfel").

Selectarea vaccinurilor obligatorii reflectă, de obicei, gravitatea și potențialul de transmitere al bolilor pe care le previn. Vaccinurile împotriva bolilor foarte contagioase și grave, cum ar fi rujeola și poliomielita, sunt adesea prioritare în programele de vaccinare obligatorie din cauza potențialului lor de a provoca focare extinse și consecințe grave asupra sănătății. De exemplu, 11 țări UE/SEE au impus obligativitatea vaccinului ROR, ca răspuns la epidemiile periodice de rujeolă din Europa.

După cum au subliniat Organizația Mondială a Sănătății și ECDC (Centrul European de Control al Îmbolnăvirilor), aceste focare sunt legate în principal de acoperirea vaccinală scăzută. Întreruperea serviciilor

de îngrijire primară care a avut loc în timpul pandemiei COVID-19 a contribuit, de asemenea, la scăderea acoperirii vaccinale în toată lumea. În mod similar, reducerea acoperirii vaccinale observată în timpul pandemiei COVID-19 a dus la o reapariție a altor boli prevenibile prin vaccinare, ca în cazul tusei convulsive.

Vaccinurile pentru bolile cu rate de transmitere mai scăzute sau cu rezultate mai puțin grave, cum ar fi varicela, sunt mai des recomandate decât obligatorii. Doar câteva țări, printre care Italia și Ungaria, au impus obligativitatea vaccinării împotriva varicelei, în timp ce majoritatea celorlalte optează pentru recomandări bazate pe factorii de risc și pe profilurile individuale de sănătate.

Majoritatea țărilor din întreaga lume tind să recomande aceleași tipuri de vaccinuri pentru bebeluși, copii și adulți. Cu toate acestea, calendarul de administrare a acestor vaccinuri - programul de vaccinare - nu este exact același de la țară la țară. Pot exista diferențe în ceea ce privește:

- numărul de tipuri diferite de vaccinuri incluse
- producătorii care furnizează vaccinurile, ceea ce duce la nume de marcă diferite
- vârstele la care sunt recomandate vaccinurile și rapelurile
- numărul de doze de vaccin recomandate pentru fiecare vaccin
- tipurile de vaccinuri recomandate pentru întreaga populație
- tipurile de vaccinuri recomandate pentru anumite grupuri, cum ar fi persoanele însărcinate

În SUA și Canada, de exemplu, vaccinul antigripal este recomandat tuturor persoanelor cu vârsta de peste șase luni, în timp ce în Regatul Unit, programul este adaptat copiilor cu vârsta de peste doi ani, adulților cu vârsta de peste 65 de ani, femeilor însărcinate și altor grupuri speciale, cum ar fi cei cu afecțiuni medicale grave.

Oficialii federali americani din domeniul sănătății au încercat recent

să facă programul de vaccinare a copiilor din SUA mai asemănător cu cel din Danemarca. Noile recomandări din SUA grupează vaccinurile și imunizările în trei categorii:

- cele recomandate pentru toți copiii
- cele recomandate pentru anumite grupuri cu risc ridicat
- cele care pot fi administrate pe baza unei "decizii clinice comune".

În loc să fie recomandate tuturor copiilor în mod implicit, vaccinurile împotriva rotavirusului, gripei și hepatitei A vor fi acum recomandate doar anumitor grupuri "cu risc ridicat" sau vor fi accesibile prin "luarea în comun a deciziilor clinice" între părinți și furnizori. Ghidul federal din SUA recomandă în continuare ca toți copiii să primească vaccinuri împotriva a 11 boli: rujeolă, oreion, rubeolă, poliomielită, pertussis, tetanos, difterie, *Haemophilus influenzae* tip B (Hib), pneumococ, varicelă și virusul papiloma uman (HPV). Cu toate acestea, se recomandă o singură doză de vaccin HPV în loc de cele două obișnuite.

Anumite populații "cu risc ridicat" sunt recomandate să fie imunizate împotriva RSV, hepatitei A, hepatitei B, dengue și a două tipuri de boli meningococice. Imunizările împotriva virusului sincițial respirator, sau RSV, includ un vaccin prenatal administrat mamelor și medicamente cu anticorpi administrate copiilor. Nu există niciun vaccin RSV disponibil pentru copii.

După cum se observă, politicile de vaccinare pediatrică în Europa și SUA sunt complexe și în continuă evoluție. Țările cu programe de vaccinare de succes, fie obligatorii, fie prin recomandări, au caracteristici comune, cum ar fi sisteme de sănătate eficiente, servicii de vaccinare accesibile și o încredere puternică a publicului în autoritățile sanitare. Pe măsură ce sunt introduse noi vaccinuri și ezitarea la vaccinare continuă să pună probleme, țările vor trebui să își adapteze în continuare strategiile pentru a menține sau a crește acoperirea vaccinală.

Variația politicilor evidențiază importanța contextului în modelarea

intervențiilor de sănătate publică. Țările au adoptat în ultimii ani o gamă largă de strategii pentru a combate scăderea ratelor de vaccinare și reapariția bolilor care pot fi prevenite prin vaccinare, de la extinderea programelor de vaccinare obligatorie la concentrarea asupra recomandării și educației publice. Eforturile actuale de armonizare a politicilor de vaccinare și de abordare a preocupărilor publicului vor fi esențiale pentru asigurarea unor progrese susținute în prevenirea bolilor infecțioase în Europa și SUA.

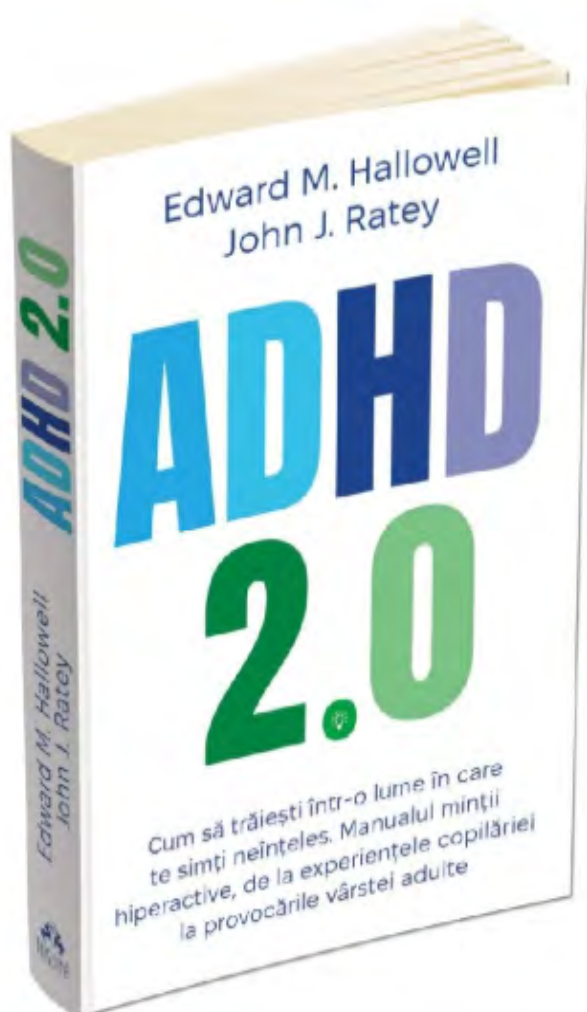
Mirela Mustață, redactor executiv

Surse de documentare:

1. <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/actualites/A16520>
2. <https://www.livescience.com/health/medicine-drugs/us-government-overhauls-the-childhood-vaccine-schedule-in-unprecedented-move>
3. <https://vaccineknowledge.ox.ac.uk/vaccination-schedules-other-countries>
4. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11598722/>
5. <https://www.nytimes.com/2025/12/19/health/kennedy-childhood-vaccine-schedule-denmark.html>
6. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en/full-report/component-44.html
6. <https://www.nytimes.com/2026/01/05/health/children-vaccines-cdc-kennedy.html>
7. <https://edition.cnn.com/2025/12/31/health/measles-cases-outbreaks-continue>
8. <https://edition.cnn.com/2025/12/30/health/pertussis-vaccine-symptoms-whooping-cough>

9. Sursa foto 1: <https://www.livescience.com/health/> (Europa Press News via Getty images)
10. Sursa foto 2: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11598722/>

ADHD 2.0, Autori: Edward M. Hallowell, John J. Ratey, Editura Herald, 2025



Scrisă de Dr. Edward Hallowell și Dr. John Ratey - doi specialiști cu experiență amplă în domeniu - cartea ne oferă un ghid accesibil, care pune accentul pe soluții practice. Bazată pe cele mai recente cercetări în neuroștiințe, cartea oferă explicații clare despre modul de funcționare al creierului persoanelor cu ADHD și propune soluții reale pentru gestionarea provocărilor specifice.

De la adaptarea mediului de acasă, de la școală sau de la serviciu, până la alegerea activităților potrivite, înțelegerea tratamentelor și cultivarea relațiilor sănătoase, ADHD 2.0 oferă un plan clar pentru a transforma dificultățile în oportunități.

Această carte nu doar că explică ADHD-ul, ci îl pune într-o nouă lumină, fiind o resursă utilă pentru oricine caută să înțeleagă mai bine această configurație neurologică.

Ghidul Clinic al Asistentului Medical, Autori: Bernie Garre, Paul Ong, Paul Galdas, Editura Farma Media, 2020, Ed. a 2a – revizuită și actualizată

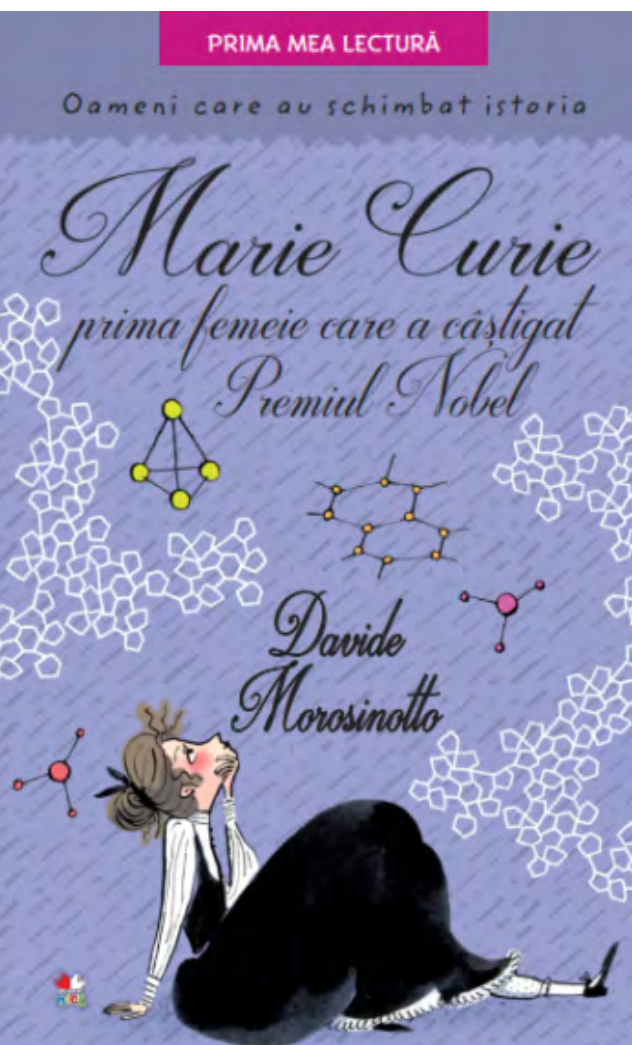
Această resursă oferă cunoștințe esențiale pentru asistenta medicală sau studentul care lucrează într-un cadru pentru adulți, urmărind traseul pacientului de la evaluare până la livrarea asistenței medicale și oferind informații cheie pentru o asistență medicală sigură, confidențială și o abordare holistică.

Această a doua ediție a fost actualizată în întregime pentru a acoperi noile standarde de practică și competență cerute de CNM din 2018/19.

Materialele noi includ îndrumări îmbunătățite cu privire la sepsis, sănătate mintală și îngrijire paliativă.



Marie Curie – prima femeie care a câștigat Premiul Nobel, Autor: Davide Morosinotto, Editura Litera, 2019



Există povești care te impresionează și te fac să-ți dorești să știi mai mult, sau pot deveni modele pentru adolescenți sau o lectură relaxantă pentru părinții care vor să le ofere copiilor lor un sistem de valori importante în viață.

Sunt poveștile despre oameni mari care, prin cuvintele, prin descoperirile, prin alegerile sau chiar prin destinul lor, au influențat lumea în care trăim.

În seria ilustrată *Oameni care au schimbat istoria*, scrisă de importanți autori italieni contemporani, aceste povești oferă o lectură fascinantă, capabilă să stârnească imaginația și curiozitatea tuturor.

Volumul de față spune o poveste despre curiozitate și pasiune: Marie Curie, savanta care a descoperit secretele atomului, singura deținătoare a două Premii Nobel în domenii diferite.

Știința e o aventură fantastică!

Doina Carmen Mazilu – coordonator

Mirela Mustață – redactor executiv

Ana-Maria Roșu – secretarul redacției

Cristian Oancea – designer editorial

Ne puteți scrie la email:

secretariat@oammrbuc.ro

sau contacta direct la sediul OAMGMAMR filiala Municipiului București din strada Avrig nr. 12, sector 2, București.