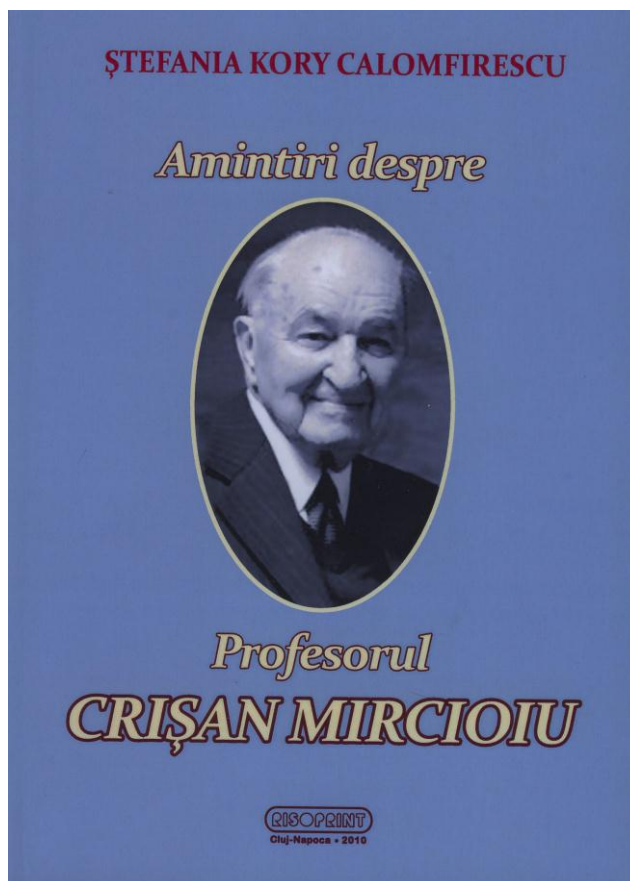


AMINTIRI DESPRE PROFESORUL CRIȘAN MIRCIOIU

Ștefania Kory Calomfirescu
Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 2010



Toți ne bucurăm că am fost contemporani cu Profesorul Crișan Mircioiu și că i-am cunoscut întreaga sa activitate, care servește drept „model” generațiilor viitoare din medicina clujeană. Ne bucurăm, de asemenea, că doamna Prof. dr. Ștefania Kory Calomfirescu a realizat această frumoasă monografie.

Cartea a fost lansată în 17 noiembrie 2010 la Filiala Cluj a Academiei Române și a fost prezentată de domnul Prof. dr. doc. Dumitru Dumitrașcu, domnul Prof. dr. Romeo Florin Galea și de domnul Prof. univ. Constantin Cubleşan, dar și de alți vorbitori.

Profesorul Crișan Mircioiu, cel pe drept cuvânt numit „Patriarhul medicinei clujene” a iubit frumosul în medicină, muzică, literatură, artă, a prețuit oamenii, s-a apropiat de ei cu multă căldură și i-a ajutat. A menținut o punte de legătură între generațiile succesive din medicina clujeană și a prețuit și iubit oamenii talentați din medicină, dar și din alte domenii de activitate. Așa a scris despre celebra cântăreață Lya Hubic, despre marea cântăreață Susana Coman Bozica, despre genialul poet Eminescu și alții.

Îl întâlneai la librărie, lansări de carte, simpozioane sau vernisaje, îl întâlneai pe stradă, salutându-te cu căldură și cu un zâmbet discret. Era peste tot însetat de știință și cultură. Mereu spunea oricui și la vârsta de 95 de ani „...Vai, câte mai am de făcut”.

Personalitatea complexă a Profesorului Crișan Mircioiu este prezentată în carte de doamna Profesor Ștefania Kory Calomfirescu fie prin documente, fie prin interviuri, în care sunt redată copilăria, atmosfera familială, anii studenției, evoluția sa profesională și științifică, cât și cei 40 de ani ca rector al Universității Populare din Cluj-Napoca (despre care a vorbit cu căldură și competență doamna Maria Florescu). A avut marea șansă să trăiască până la 95

de ani, timp în care a putut să realizeze grandioasa sa operă profesională, științifică și socială, ce rămâne posterității. A avut peste 900 de lucrări științifice și a publicat 10 cărți de specialitate, colaborând la numeroase tratate și monografii.

Amintirile frumoase ale Profesorului Crișan Mircioiu sunt legate și de istoria medicinei clujene prin adevărate valori, prin personalități de prim rang, care au fost reale vârfuri, precum: Iuliu Hațieganu, Ion Goia, Valeriu Bologa, Eduard Pamfil, Victor Papilian, Octavian Fodor, Grigore Benetato, Iuliu Moldovan și alții.

Doamna Profesor Ștefania Kory Calomfirescu în această carte a adunat „cărămizile de-a lungul timpului”, pentru a construi marea „zidire” a personalității Profesorului Crișan Mircioiu, a personalității sale atât de complexe și fascinante. Iată în concluzie cuvintele autoarei: „Am scris această carte cu multă căldură sufletească, cu respect, admirație, iubire și stimă față de domnul Profesor Crișan Mircioiu, care a fost decanul de an al promoției 1961 a Facultății de Medicină și mentorul meu de o viață. Și-a iubit profesia, spunând adeseori”: «Chirurgie ești viața mea», numit în plus, de către studenți și «Domnul abdomen acut».

Opera sa grandioasă realizată până la 95 de ani va rămâne ca un mare dar posterității. Acum, de acolo de sus, aflându-se printre stele din luna mai 2009, mult regretatul Profesor Crișan Mircioiu ne veghează și ne călăuzește pașii pe mai departe în viață, tuturor aceluia care l-au iubit, respectat și i-au apreciat elogiile munca și valoarea sa ca OM, ca medic chirurg, valoare sa științifică, culturală și ca om al societății. Dânsul va rămâne pe mai departe, prin lumina strălucirii sale, ca „model” tuturor generațiilor viitoare de mediciști clujeni”.

Această carte se citește cu mare plăcere, fiind o carte foarte bună de memorialistică-document, scrisă de un condeier experimentat, prin persoana doamnei Profesor Ștefania Kory Calomfirescu. Vă recomand cu căldură să o citiți.

ELABORAREA UNUI PLAN DE MARKETING SOCIAL PROGRAM DE EDUCAȚIE PRIVIND PREVENIREA CONSUMULUI DE DROGURI LA CLASELE DE LICEU DIN MUNICIPIUL ZALAU

*Dr. Ioan CIOBANCA – medic primar
șef de secție chirurgie,*

*Dr : Vasile DARABAN – medic specialist ATI
Spitalul Județean de Urgență Zalău*

Reprezentând un mod de gândire și acțiune în sfera pieței, marketingul realizează o abordare sistematică a circuitului activității de producție, distribuție și consum, constituind mai mult un ansamblu de metode și tehnici cu statut autonom în câmpul conducerii științifice, a fenomenelor și proceselor economico-sociale. Astfel, organizațiile se racordează la piață într-un mod creativ, productiv și profitabil.

Philip Kotler, de la Universitatea Northwestern din SUA, formula în 1992 următoarea definiție: *marketingul reprezintă mecanismul economic și social prin care indivizii sau grupurile sociale satisfac nevoile sau dorințele semenilor prin mijlocirea producerii și schimbului de bunuri sau servicii.*

Unul din conceptele cele mai importante ale societății de azi este acela de „rentabilitate”. El se regăsește în toate domeniile economice și vieții sociale. Un produs este rentabil dacă se și vinde. Orice acțiune sau acțiuni în orice domeniu se pot evalua prin rentabilitate. Un manager competitiv asigură rentabilitatea utilizând domeniul de marketing

pentru cunoașterea piețelor, a nevoilor și cerințelor consumatorilor. Astfel, se vinde numai marfa sau serviciul de care este nevoie, care este rentabil. Bunuri de care nu este nevoie nu se vând. În concluzie, orice nu este în stare să satisfacă nevoi prin ceea ce produce sau ceea ce oferă, nu este rentabil.

Marketingul unei instituții medicale este o componentă a științei managementului organizațiilor, fiind cea mai dezvoltată, cunoscută, în condițiile economiei de piață dar și a mediului concurențial.

Marketingul social reprezintă „utilizarea principiilor și a tehnicilor marketingului pentru a influența o audiență țintă ca în mod voluntar să accepte, să respingă, să modifice sau să abandoneze un comportament, în beneficiul persoanelor, a grupurilor populaționale sau a societății în ansamblul ei”. (Kotler și colab.2002)

Marketingul social contribuie la asigurarea bunurilor sociale. Noțiunea de bine social este interpretabilă. Influențarea unui anumit comportament poate fi benefică unor persoane și să aducă prejudicii altora. Vezi, exemplul donării de organe!

Orice strategie de marketing vizează publicul (indivizi, grupuri de indivizi, asociații, clienți). Obiectivul marketingului nu trebuie să fie acela al maximizării consumului ci al maximizării calității vieții (Kotler, 1992). Asupra acestei afirmații vom mai reveni în prezentul material.

Pentru prima dată, noțiunea de marketing social a fost folosit de același Philip Kotler în 1971, când a susținut că acest tip de activitate socio-medicală este reprezentată de activitatea umană îndreptată în direcția satisfacerii nevoilor și dorințelor prin intermediul procesului schimbării.

În marketingul social se urmărește ca audiența țintă să realizeze următoarele acțiuni:

- să accepte un comportament nou produs de agentul de marketing,
- să respingă un anumit comportament potențial (considerat de marketer ca fiind în defavoarea audienței-țintă),
- să-și modifice un anumit comportament actual, prezent,
- să abandoneze un anumit comportament (vicios).

În rezumat, marketingul social reprezintă utilizarea marketingului în designul și implementarea programelor care promovează schimbarea comportamentală benefică social.

Tema abordată: consumul de droguri.

Comportamentul dorit a fi obținut: subiecții să nu înceapă să consume droguri.

Rezumatul planului de marketing privind schimbarea comportamentului față de practica consumului de droguri în licee.

1. Scurtă descriere: programul de educație socială și sanitară pentru prevenția consumului de droguri desfășurat în Liceul de Muzică din Zalău vizează abordarea complexă a tuturor elevilor din clasele IX-XII, având drept scop reducerea globală a prevalenței consumului de droguri dar și crearea unei atitudini comportamentale puternice împotriva consumului de droguri. Această acțiune implică participarea elevilor din liceu, cât și înafara lui. Participă persoane din cadrul școlii, psihologi, specialiști de la Centrul de Prevenție și Combatere Antidrog și părinții elevilor. La nevoie pot fi invitați și persoane care au consumat droguri și au trecut prin tratamente de dezintoxicare. Ele vor fi exemplele cele mai ilustrative. Acest mod de abordare va crea un grup de acțiune cu caracter comunitar, centrat pe școală, prin care se va lupta împotriva introducerii, comercializării și utilizării de droguri în școală și înafara ei la clasele de liceu. Într-o etapă ulterioară acțiunea se va extinde la nivelul municipiului.

Implicarea tuturor factorilor de decizie de la nivelul municipiului și județului, precum și al instituțiilor și ONG-urilor cu activități importante în acest domeniu (Crucea Roșie), va sigura un cadru largit în care se vor desfășura acțiunile de prevenție, dar și etapele de evaluare ale acestui program, conferindu-i consistență și durabilitate în timp.

2. Grupul țintă este reprezentat de elevii claselor IX-XII de la Liceul de Muzică din Zalău.

3. Implicarea grupului țintă: elevii vor fi implicați în organizarea unor acțiuni educative tematice. Elevii claselor XII vor organiza pentru clasele din anii incipienți, concursuri de fotografii, chestionar tip „Cine știe câștigă”. Elevii vor fi implicați în cadrul programului de prevenție desfășurat în acest liceu în depistarea persoanelor străine, a „dealerilor” care oferă spre consum gratuit apoi vânzare „marfa” incriminată. Vor fi aduse pliante și broșuri de la Centrul de Prevenție și Combatere Antidrog cu tematică specifică. Aceste pliante sau broșuri pot fi distribuite chiar prin acțiuni stradale, parcuri, curtea școlii sau terenuri de sport și altor elevi din oraș. Înmânarea pliantelor va fi însoțită de scurte informații despre conținutul acestora și despre opinia lor privind obiceiul de a consuma droguri. Elevii din clasele terminale, profesorii, psihologul sau/și medicul școlii ca și voluntarii de la Centrul Antidrog și Societatea Națională de Cruce Roșie, parteneri în acțiune, vor forma un puternic grup de sprijin. Scopul este acela de a dezvolta mijloacele de asistență a celor care prezintă tentația să se apuce de consumul de droguri, mai întâi de curiozitate, apoi...de necesitate.

4. Localizare. Acțiunea se va desfășura în Liceul de Muzică din Zalău.

5. Perioada de desfășurare: 2010 – 2015.

6. Inițiatori: Clinica de psihiatrie din Cluj Napoca, Inspectoratul școlar județean, Centrul de prevenire și combatere a consumului din județ (pe scurt centru Antidrog).

7. Parteneri: Autoritatea Județeană de Sănătate Publică, Consiliul județean Sălaj, Primăria municipiului Zalău, Direcția județeană pentru tineret și sport, Crucea Roșie română, Poliția municipiului Zalău, secția de psihiatrie a spitalului județean de urgență Zalău.

Grupul țintă: elevii din clasele IX-XII din Liceul de Muzică Zalău. Aceștia vor audia prelegeri tematice, vor viziona scurte filme de profil, vor participa la dialog cu invitații grupului (bolnavi care „au trecut prin iad”). Scopul: convingerea subiecților țintă asupra efectelor nocive, chiar devastatoare, ale consumului de droguri, beneficiile unei vieți care exclude asemenea tabieturi. De asemenea aplicarea programului de educație la această categorie de vârstă are un raport cost-beneficiu favorabil. Investiția financiară în acțiune este mult inferioară celui de dezintoxicare într-o clinică de specialitate și reinsertie socială ulterioară.

Analiza mediului intern și extern al grupului țintă prin audit de marketing se efectuează de specialiști în marketing social: sociologi, medici implicați în programele de prevenție antidrog, absolvenți de management, economiști.

Se vor face studii de etapă în familiile acestor copii, în școli și comunitățile frecventate (săli de sport, case de cultură, cinematografe, serate dansante, discoteci). Se va analiza mediul extern: școala, prietenii, comunitatea, educația, vizita unor „nepoftiți” sau suspecți cu oferte gratuite sau ieftine (pentru început).

După primirea analizei experților menționați se stabilește că grupul este corespunzător și se pretează la respingerea comportamentului față de droguri.

Analiza SWOT:

Puncte tari: - este o subgrupă de vârstă adecvată obținerii rezultatului planului de marketing,

- incidența ridicată a morbidității și mortalității legate de consumul de droguri,

- reprezintă o prioritate națională pentru România.

- este interesat subiectul, societatea și familia.

Puncte slabe:

- vulnerabilitatea crescută pentru îmbolnăviri legate de consumul de droguri,

- insuficiența fondurilor financiare din partea statului, pentru continuarea programului pentru 10 ani.

Oportunități

- se încadrează într-o campanie la nivel internațional, sub egida OMS.
- reprezintă un obiectiv de politică internațională,
- ar trebui implicată instituția bisericii. (efect psihologic pozitiv)

Amenințări:

- România are o slabă colaborare cu forurile internaționale implicate,
- publicitatea mascată și oferta ieftină a unor „persoane implicate” în difuzarea de droguri.

- existența pe piața farmaceutică a unor medicamente, care luate în combinație sau și cu băuturi răcoritoare, reproduc senzațiile oferite de droguri.

Ipotezele care stau la baza obiectivelor și cele care stau la baza planului de marketing social:

- fiind vorba de aspecte comportamentale, un program direcționat pe această categorie de vârstă are capacitatea maximă de impact.
- convingerea grupului de copii despre beneficiile abandonării ideii de a se întinde la consumul de droguri sau combinații drog-like.
- efectele locale și generale nefaste ale consumului de droguri privind aspecte locale (locuri de punție) și imunitatea generală a organismului; incidența crescută a diferitelor infecții, neoplazii și tulburări nervoase severe.

Obiectivele planului de marketing; atingerea cifrei zero, în numărul elevilor care au tendința de a consuma droguri, fie din teribilism, curiozitate sau imitație.

Strategiile de marketing:

- să nu existe acces facil la droguri sau substanțe farmaceutice drog-like.
- scăderea interesului elevilor pentru droguri,
- distribuirea în grupul țintă și în mediul extern a mijloacelor audiovizuale care susțin inutilitatea consumului de droguri,
- promovarea mijloacelor celor mai eficiente pentru grupul țintă, pentru ca acesta să reprezinte un model comportamental de urmat pentru populația de aceeași vârstă.

Programul de marketing:

- informarea tuturor cadrelor didactice, a elevilor și familiilor acestora privind politica școlii față de consumul de droguri,
- în cadrul orelor de dirigenție și a ședințelor cu părinții se va face o amplă educație antidrog,
- testarea cunoștințelor la nivelul copiilor (chestionare) cu întrebări simple și țintite, chestionar omologat aplicat familiei.
- observarea și raportarea imediată către directorul școlii a apropierei, pătrunderii, existenței unor persoane dubioase în perimetrul și incinta școlii,
- implicarea pedagogilor în prevenirea începerii consumului antidrog.
- realizarea de afișe, postere și mesaje antidrog care vor fi expuse în clase și pe coridoarele școlii.
- examenul de bilanț al copiilor (înălțime, greutate, stare de sănătate)
- crearea unui puternic grup de acțiune antidrog, care să supravegheze aplicarea politicii școlii în acest domeniu, format din elevi și voluntari.
- observarea eventualului comerț și consum de droguri în școală și perimetrul acesteia, săli de curs, laboratoare, toalete, biblioteci, accesul în unitățile școlare a persoanelor străine suspecte,
- crearea de deprinderi pentru recunoașterea și refuzul mesagerilor direcți și indirecti, care îndeamnă elevii la „fumatul inocent” al unei țigări „gratuite”.
- se vor utiliza tehnici capabile să crească încrederea elevilor în propria persoană și

creșterea capacității de rezistență la stres,

- se va efectua un program specific de pregătire a cadrelor didactice și familiile copiilor.

Persoane implicate: - sunt reprezentate de grupul de voluntari și unele persoane din interiorul școlii (paznici, gardieni, pedagogi, instructori), medicul școlar. Pedagogii ar trebui excluși, aceștia putând determina apariția unor erori.

Termene de acțiune: - până la 31 decembrie 2010 se vor desemna voluntarii,

- până la 31 ianuarie 2011 se va stabili obiectivul

- până în 28 februarie 2011 se vor stabili strategiile, programul și

bugetul acțiunii.

Bugetul de venituri și cheltuieli: - sponsorizări

Sistemul de control:

- este echipa care va face evaluarea periodică cu scopul verificării nepotrivirilor față de planul de marketing și ia măsuri de corecție.

- responsabilul de plan de marketing se află la conducerea echipei

- efectuează evaluări de etapă, la sfârșitul trimestrului, al anului, evaluarea finală.

Evaluarea acțiunii:

- este de uz intern (sistemul de control menționat mai sus) și extern, din partea finanțatorului.

Aceste evaluări vor monitoriza conținutul și desfășurarea în timp a componentei educative a acestui program, modificarea nivelului de cunoștințe ale elevilor, profesorilor și familiei privind efectele nocive ale consumului de droguri, gradul de implicare ale diverselor persoane și instituții în program, utilizarea fondurilor.

Prin abordarea unor asemenea acțiuni, nu vom proceda decât la maximizarea calității vieții semenilor noștri și a întregii societăți, în ansamblu. Prețul de cost al unor asemenea întreprinderi este mult inferior beneficiului general al unui grup populațional. Este tocmai ideea dezvoltată de Philip Kotler în noțiunea de management social.

MARGINALII ASUPRA UNUI CALENDAR

*Dr. Vasile DARABAN - medic specialist ATI
Spitalul Județean de Urgență Zalău*

Prin grija firmei ABBOT, cea care produce și comercializează anestezicul volatil SEVOFLURANE, mi-a parvenit calendarul pe anul 2011. Dincolo de eleganța și utilitatea unui asemenea gest, mi-a atras atenția un desen-caricatură, sintetizând calitățile unui anestezist ideal. Figura unui paleoastronaut, desprins parcă din vestigiile arheologice mayașe, redă imaginea arhetipală a unui om blajin, având pe cap un coif cu trei brațe, de sub care apare figura surâzătoare a feței cu trei ochi, gâtul telescopic, membrele superioare cu câte cinci antebrațe, iar restul...pare totul normal, deși nu prea este.

Detaliind imaginea, pe undeva hidoasă a homunculeului verde, pictorul anonim dorește să ne transmită un mesaj cert despre multivalența medicului anestezist. Deasupra coifului este plasat un computer globulos pentru perfuzii. Sub acesta sunt situate două aripi laterale. În cea dreaptă se află balanța hidro-electrolitică iar în cea stângă un cititor de gânduri, având forma unui baston cu electroșocuri, utilizat de agenții de ordine.

Cei trei ochi din frunte sunt necesari pentru – monitorizarea semnelor vitale ale pacienților, - monitorul pentru aparatul de anestezie și – cel destinat controlului câmpului operator. Sub ochi urmează nasul de anestezist – necesar flerului – și o gură permanent zâmbitoare. Gâtul telescopic este prevăzut cu o mobilitate periscopică de 360 grade și un

telescop care permite alungirea acestui segment anatomic cu 50 cm.

Bluza verde a anestezistului are un buzunar pentru obiecte personale și două medalioane: unul pentru cardioprotecție în cadrul anesteziilor inhalatorii, iar cealaltă este o distincție conferită în cadrul pregătirii pe manechin. (Se cunoaște gluma de la examenul practic: medicul rezident ATI va obține diploma de specialist doar după reușita resuscitării manechinului). Pe umărul drept al anestezistului se poate plânga orice confrate de breaslă sau rudă a pacientului.

Din cotul membrului superior drept se desprind 5 antebrațe necesare și utile pentru: 1. completarea foilor de observație; 2. administrarea medicamentelor; 3. susținerea bărbiei pacientului; 4. reglarea sau repararea aparatelor de anestezie; 5. acționarea mecanică (strângerea) pungilor de perfuzie.

Nici membrul superior stâng nu scapă de sarcini. Prevăzut cu 5 antebrațe, ele se folosesc pentru: a. reglarea ritmului perfuziei; b. administrarea transfuziei, c. folosirea balonului de resuscitare, d. folosirea laringoscopului sau a dispozitivului de intubare automată; e. buton pentru impulsționarea asistentelor.

Sub talpa dreaptă se află o platformă pe role pentru deplasare rapidă iar pe călcâiul stâng este prins un instrument metalic în formă de stea, utilizat ca stimulator de urgență.

Trecând peste descrierea grotescă decupată parcă dintr-un film de science-fiction, merită să zăbovim puțin asupra sarcinilor multiple și niciodată suficiente ale unui anestezist-intensivist. Altfel spus, oricâte cazuri ar rezolva, tot nu ajunge a fi remarcat și apreciat în ochii confrăților de altă specialitate. Aceștia din urmă doresc să transfere cât mai multe cazuri pe secția de terapie intensivă, fie justificat, fie nu. Mai mult, în ultima ipoteză se recurge tot mai des la „firul roșu” telefonic cu medicul director al spitalului pentru a transmite informația „binevoitoare” cum că anestezistul nu vrea să colaboreze, deși concluziile sale sunt consemnate în foaia de observație al bolnavului, inclusiv cu planul terapeutic detaliat.

Cu toții cunoaștem dificultățile în care lucrăm. Orice specialist din spital este pus în fața medicației insuficiente furnizate de farmacia cu circuit intern. La acest aspect adaug diferitele stadii de gravitate cu care se prezintă bolnavii, adeseori în diverse faze de neglijare al propriei sănătăți. Numărul redus de paturi din secții, aglomerarea saloanelor, presiunea financiară enormă la care este supus medicul specialist sau primar din spital, nu sunt factori de încurajare pentru crearea unui climat confortabil și propice pentru stilul comportamental de diplomație elvețiană intercollegială dintre confrății de breaslă. Cum zice o vorbă din popor: „La toți ni-e greu, dar nu la fel!” Adăugați la acest tablou atmosfera revendicativă și uneori agresivă creată de pacient sau aparținătorii revoltați pe sistemul medical actual...și o să-mi dați dreptate!

Condițiile de muncă și salarizare actuale din spitale sunt primul factor favorizant al exodului de medici în diverse țări ale lumii. Oriunde e mai bine, unde iau un salariu de 10 ori mai mare. Rămân în țară cei care nu mai pot pleca din motive de vârstă sau sănătate ca și aceia care nu se încumetă să se înscrie la un concurs de intrare pe post. Afirmația este dură, dar reflectă o realitate la fel de dură.

Ce te faci când anestezistul – multicalificat prin descrierea de mai sus – este pus în fața unor afirmații jenante: „ia-l pe acest bolnav la tine, iar când se face mai bine îl voi prelua eu!” Sau când auzi afirmații de genul „eu nu preiau garda cu un asemenea bolnav grav!”. Șirul de ineptii medicale poate continua cu alte enunțuri demne de toată rușinea: „Nu știu ce să fac cu el, chiar dacă nu e de ATI, te rog eu mult...internează-l! Eu nu am condiții civilizate de tratament la mine în secție” Peste două zile, bolnavul mult ameliorat poate fi transferat. Da, de unde! Distinsul coleg a plecat în concediu și a „uitat” să predea cazul altui medic. Anestezistul a rămas cu ...un gust amar, profund dezamăgit. telefoane, rugăminți, explicații ... în loc să ne ocupăm de specialitatea noastră. Așa se ajunge ca anestezistul să-și consume timpul și energia cu aspecte străine de menirea sa.

Mass-media își aduce pe deplin aportul la reliefaarea „eforturilor” depuse de unii

medici în salvarea vieții unor bolnavi absolut incurabili. E notorie povestea cu resuscitarea de 2 ore a bolnavului împușcat în inimă (la Craiova – ProTV). Mai mare măgărie medicală nu se putea populariza. Orice anestezist învață încă în rezidențiat, că dacă o manevră de resuscitare nu reușește în 30 de minute, ea este abandonată. Criteriile britanice de resuscitare, preluate după normele Academiei Medicale Regale din Suedia sunt tranșante. Bolnavii terminali se împart în : resuscitabili, fără indicații de resuscitare sau ...se poate încerca! Nu înțeleg de ce sunt chemat la resuscitarea unui bolnav de 80 de ani cu stop cardiac care are la activ 3 infarcte?! Sau în aceiași ordine de idei, am refuzat resuscitarea unei victime care avea o hemoragie de trunchi cerebral, cu tetraplegie și comă gradul IV?! Cine cere resuscitarea unor asemenea cazuri...este înafara problemei. Îl invit să-și petreacă mai mult timp în bibliotecă. Asemenea „perle” pot fi descrise în continuare. Sunt demne de antologia unei reviste gen Cațavencu. Unde va ajunge medicina românească dacă practicanții ei abandonează criteriile științifice internaționale și se conduc după formula că „așa au cerut aparținătorii” ?

E de tot hilarul unei gărzi în UPU al medicului – generalist, de altfel – care a cerut tomografie craniană la o bolnavă cu intoxicație acută cu ciuperci, sub argumentul că familia acesteia a bătut cu pumnul în masă. A făcut o gaură în bugetul și așa subțiat al spitalului. Sau ce pretenții mai poți avea de la un confrate de gardă în UPU care cere două tomografii craniene la o bolnavă aflată în hipoglicemie (prin post alimentar autoimpus). Văzând că prima examinare este normală, la 4 ore cere repetarea ei. Concluzia: a aruncat pe fereastră o sumă considerabilă de bani, timp în care în dulapul de urgențe al secției ATI nu se găsește Controloc injectabil...necesar și util pentru...specificul bolnavilor de aici. Dar, asta-i situația! Quod licet Iovis, not licet bovis! (Ceea ce e permis lui Ion, nu este permis bouului). Comparați dumneavoastră zicala cu orice spital din țară și-mi veți da dreptate!

Concluzii: Prin multitudinea gesturilor și cunoștințelor sale profesionale, un medic anestezist trebuie și reușește să „pună pe șine” un caz disperat. Desigur, în limitele unei homeostazii specifice. Condiția primă de care are nevoie este liniștea necesară adunării gândurilor sale, fracțiunile de secunde în care își va construi scenariul de intervenție și siguranța comenzilor către asistenta cu care colaborează. Calmul deciziilor, ordonarea strictă a etapelor de intervenție, ierarhizarea priorităților, urmărirea parametrilor funcționali sunt deziderate obligatorii în activitatea oricărui medic anestezist. Pentru realizarea acestor imperative, este necesar ca specialistul policalificat în intervenții de maximă urgență, uneori vitale, să fie lăsat să lucreze în domeniul său. Bruiajul extern, de cele mai multe ori inutil, nu-i va face decât un deserviciu. Sunt norme elementare de bun simț medical care vor concura la atingerea cât mai deplină a dezideratelor ilustrate de calendarul primit de la firma ABBOTT.

Gânduri care dot, de Nicolae Rednic

*Prezentare realizata de prof. Ana Moldovan
Colegiul Național “Gheorghe Șincai” Baia Mare*

Să vorbești despre **Omul Nicolae Rednic** este o onoare și o mare provocare!

Căci **omul** cuprinde generos:

- și condiția umană, diurnă,
- și însetatul de cultură,
- și bărbatul fermecător,
- și doctorul specialist de mare clasă,
- și familistul, imbrăcând, succesiv și simultan, ipostaza fiului, fratelui, soțului, tatălui, bunicului,
- și vecinul jovial,

- și prietenul adevărat,
- și intelectualul de înaltă ținută, care m-a complexat și stimulat în același timp,
- și artistul penelului,
- și poetul.

Omului de valoare Nicolae Rednic, toată stima și considerația mea, toate aprecierile care nu pot fi decât superlative!!!

Vă mulțumesc în numele meu și al familiei mele pentru *momentele cruciale* în care ne-ați fost alături, pentru prețioasele *clipe de relaxare* în care ne-ați împărtășit din experiența dumneavoastră de viață și ne-ați recitat din *versurile încântătoare*, pentru *sfaturile înțelepte* și pentru *surprizele plăcute* pe care nu ați conținut să ni le faceți.

Vă doresc, domule dr. Nicolae Rednic, din suflet, **LA MULȚI ANI, SĂNĂTATE, BUCURII ȘI ÎMPLINIRI**, alături de: minunata dumneavoastră soție, Geta, prezență discretă, dar atât de caldă, puternică și grațioasă, împreună cu cei doi fii, cu totul deosebiți, Niculae și Biță, alături de nora, devenită dorită fiică, Simona, și cu cei doi nepoți, Nicu Voicu și Radu, care vă luminează prezentul și vă asigură viitorul!!

Gânduri care dor, de Nicolae Rednic

Prezentare realizată de prof. Ana Moldovan

Să vorbești despre poetul Nicolae Rednic, iată o nouă provocare, în care mă voi lupta cu verbul, să-i smulg cât mai mult sens, pentru a surprinde sensurile multiple ale versurilor din volumul atât de sugestiv intitulat, Gânduri care dor.

Volumul **maturului debut, la 80 de ani**, este precedat de cuvintele autorului:

Am descris cu sinceritate pașii vieții mele, așa cum mi-au marcat ei ființa. Mi-am destăinuit sentimentele pe care le-am trăit în fața frumuseților lumii, dar mai ales în fața acelor create de om. Am pus în versuri șovăielile, dilemele și neputința mea de a înțelege sensul existenței noastre pe Pământ, înfinitatea spațiului și a timpului. Am pus în versuri toate gândurile mele, care dor.

Aș putea să mă opresc la comentariul acestor cuvinte, căci autorul se autocaracterizează în maxime și reflecții, sintetizând mai bine ca oricine, coordonatele lirismului său: **sinceritatea, confesiunea sentimentală, încântarea în fața minunilor create de om, dar și șovăielile, îndoiala, constrângerea limitei umanului și durerosul sentiment al imposibilității descifrării sensului vieții, a dimensiunilor mitice ale timpului și spațiului**. De aici și titlul volumului, căci versurile sunt izvorâte din *gânduri care dor*.

Cartea este dedicată atât mamei, a carei icoană persistă în pagini, cât și nepoților dragi, cărora le este cu prioritate închinată, pentru *a-și aminti de bunicul lor*.

Cele 36 de poezii ale volumului sunt grupate în 3 cicluri tematice, având titluri sugestive: Cercul vieții (25 de poezii), Din călătorii (10 poezii), Gânduri care dor (11 poezii).

Primul grupaj liric, Cercul vieții, ne relevă o existență individuală proiectată la scară micro și macro cosmică, și care își construiește universul prin pendularea continuă și ciclică între teme și leit motive dragi: *geneza, nașterea, copilăria, tinerețea, soția, bătrânețea, nepoții, medicii, studentele din tinerețe, Cavnicul natal* și, mai ales, *mama*, devenită *centrum mundi*.

Autenticul emoției călătorește printr-o lume de mituri și simboluri livești, izvorâte din vasta cultură a autorului și reinventate și redefinite, de o sensibilitate plină de personalitate și originalitate.

Prima poezie, Gânditorul, inspirată de statuia lui Rodin, aduce sentimentul că suntem evaluați și judecați,

În pumn rezemându-și bărbia de piatră,

Ne judecă tainic celebrul Golem,

de unde și nevoia de autojudecare, ce nu-l va părăsi pe autor, obligându-l la o permanentă și crescândă autoexigență.

Aici apare, pentru prima dată și leit motivul, ***oul enigmă***, simbolizând primordialul, fecunditatea, complementaritatea în fuziune, taina și misterul.

Motivul se regăsește în titlul celei de a doua poezii, ***Oul primordial***, aflat la originea lumii, dar care se refuză demersului cognitiv uman. De aici și resemnarea biblică din final:

Tu mângâie-ți crucea

Și nu cerceta

Minunea aceasta, creștine!

În poezia ***Geneza***, asistăm la o demitizare a sacrului, căci Facerea lumii pălește în fața făcutelor de mâna creatoare, genială, a umanității. **Capela Sixtină** este reprivită prin ochii unei Divinități reduse la dimensiunile umanului. Iar **nașterea unui prunc**, descrisă cu tabloul clinic complex din care ghicim medicul, devine adevăratul **triumf al vieții asupra morții**:

Un țipăt se-aude și viața învinge!

Poeziile ciclului ***Cercul vieții*** respiră sub semnul simbolurilor începutului: ***Prima impresie***, ***Prima iubire***.

Universul copilăriei, miraculos, feeric, fascinant, gravitează în jurul casei, al mesei și, mai ales, **al mamei**, trudind simplu, pentru a asigura hrana copilului iubit. Totul sub o perdea de fulgi de nea, albi și strălucitori ca o ploaie de stele:

Și-afară din văzduh,

Ningea cu albă nea,

Stea după stea,

*Iar mama ne ungea pâinea cu unt. (*Prima impresie*)*

În ochii copilului și în imaginația invadată de personaje de basm, Albă ca Zăpada, Piticul Barbă Cot, **mama este o zână bună** cu puteri magice:

Nici azi nu-mi vine-a crede

Cum biata mamă (...)

A reușit cu greu să-mi coase,

Hlamida pentru Împăratul Verde

Dintr-o rochiță veche de mătase.

(Grădinița)

Prima iubire, deși platonice și neîmplinită, **învinge timpul**, bântuind memoria afectivă a autorului, care, din perspectiva adultului, se declară fericit că a avut șansa să o întrevadă, chiar dacă, doar îmbrăcată de plăsmuirile onirice:

Îi mulțumesc însă lui Dumnezeu

Ca măcar pentr-o clipă mi-a dăruit-o-n vis,

Frumoasă și gingașă, cum o știam doar eu.

Poemul ***Tineretea*** este o **odă închinată vârstei de aur**, întrupată din zei, care își extrage forța și resursele din mitologie:

Frumos ca și Adonis,

Stăpânit ca un zeu,

Agil ca Achile,

Curajos ca Tezeu,

Puternic, temerar ca și Heracle,

Poetul pe care îl ghicim în acest portret, este o **conștiință trează, avidă de viață, însetată de cunoaștere și luminată de cultură**:

Avid de cultură, de știință,

Un suflet curat, de bună-credință.

Nu lipsește **îndemnul adresat tinerilor** să nu-și risipească viața în **vicii obscure**:

Trăiește-ți viața cu plăcere

Și gust-o savuros, din plin,(...)

*Dar cu decență,
Și cu inteligență,
Să nu jignești de lângă tine Omul
Și nici-acolo sus pe Domnul,*

Deosebit de emoționantă este poezia **Soția mea**, închinată **sufletului pereche**. În fața acesteia, Venus pălește, căci doamna vieții sale are virtuți neprețuite: armonie, iubire, omenie, hărnicie, voluptate, lacrimi, suspine, durere, munci istovitoare care îi dau putere, dar și determinarea de a trăi viața plinar:

*Câtă iubire-n sânge, în suflet omenie
Și-n brațe hărnicie,
Ți-a dăruit natura
Atât de simplu tie.(...)
Nu ți-a plăcut
Să sorbi viața pic cu pic,
Ci ca și inima ce bate,
Ori totul, ori nimic.*

Venirea pe lume a nepoților este marcată în poezia **La nașterea primului nepot**, care mângâie asperitățile unei vieți tumultuoase, dând reconfortantul sentiment al rostului pe Pământ și al perpetuării:

*Atât de dor mi-a fost de tine,
Tu, gingaș pui de om,
Că m-au durut strămoșii-n vine,
Și steaua ți-am trezit mai repede din somn.*

Copilăria, tinerețea, soția, medicii, nepoții, orașul natal, care populează primul ciclu de poezii sunt evocați de autor, cu nostalgia, înțelepciunea și din perspectiva adultului.

Poeziile grupate sub titlul **Din călătorii**, sunt un fals jurnal de voiaj, căci călătoria fizică este doar un pretext pentru o călătorie unică, emoțională și originală, prin lumea vastă a culturii autorului. Asistăm uimiți la o recitare a istoriei artei, o reinterpretare a simbolurilor, trăind sentimentul contemplării și al adorației aproape divine în fața geniului creator uman.

Derulează în fața ochilor noștri: **Catedrala Notre-Dame din Reims**

*Săgeți spre ceruri, dantelate
În travertin, de secole durate,
La Reims stau mărturii eterne,*

Mormântul lui Napoleon

*Învins la Waterloo,
Mort în pustietate,
Dar viu în urna-i de porfir,
Pentru eternitate.*

Domul din Koln, Acropole, Meteora, Marea Egee la Tessalonic, dar și capodopere închinare lui **David**

*Și iată visul meu învie, e îngerescul David,
Forța, onoare, curaj și bărbăție,
Credință, dreptate, sfidare și mândrie.*

lui **Moise** sau monumentul artei creștine – **Pieta**

*Sub bolta catedralei cetății eterne,
Cuprinse pe de-a-ntregul de teamă
Că sângele-n vene-mi îngheață,
Priveam nemișcat la Pieta, la mama
Ce ful mort îl ține în brațe.*

Arhitectura, sculptura, pictura devin, în aceste poezii, un limbaj simbolic și evocator al istoriei, mitologiei și o mărturie a talentului artiștilor atinși de grația divină, toate resimțite de autor cu o acută admirație și recunoștință că a avut șansa de a le vedea.

*M-a zguduit atât
Cât să-nțeleg și eu:
Sunt musca ce se-nvârte
În jurul unui leu.*

(Mormântul lui Napoleon)

*Înnebunit și-nfiorat m-a țintuit pe loc,
În suflet îmi ardea al fericirii foc.*

(David)

În ultimul ciclu de poezii, **Gânduri care dor**, poetul matur meditează asupra condiției efemere a omului pe Pământ, asupra mării treceri a Timpului. Este din nou invocat, din perspectiva maturității plenare, chipul mamei:

*Coboară-n visurile mele, mamă!
Să-ți mângâi fața blândă
Și mâinile trudite să-ți sărut, (Rugă către mama)*

Poeziile **Rugă în zori**, **Divinul**, **Nemurire**, **Cuminecătura**, dau expresie sufletului dornic să-și regăsească esența divină, dar tumultuos încercat de îndoială și cu remușcări, implorând regăsirea întru credință:

*Luptați voi vestale cu torțe aprinse,
Și întunecatei mele ființe
Lumină să-i dați, putere să-i dați,
Să-ncerc cu-al meu suflet de cer să m-agăț, (Gânduri de mai)*

Suflet generos, autorul îndeamnă omenirea la bunătate și caritate, în poezia **Caritas**:
Știu, Doamne, că numai tu singur poți

*Să-i binecuvântezi pe-acea toți,
Care-și împart bucata lor de pâine,
Cu cei ce nu o au pe cea de mâine.*

În mod natural, volumul se încheie cu poezia **Moș Crăciun de altădată**, evocând acest personaj simbolic pentru toate marile teme lirice cuprinse în volum. Căci direct sau indirect, redescoperim motive centrale: dorul, nostalgia față de copilărie, sentimentul trecerii ireversibile, inexorabile și ineluctabile a timpului, bucuria sărbătorilor în satul natal încremenit în tradiții, anotimpurile, credința și dilema. Peisajul este umanizat și populat de personaje dragi - mama, moși și frați, mătuși, și tatăl:

*Să îl ascult pe tata povestind
C-atunci când s-a născut pruncul Isus,
Se auzeau îngeri cântând
Osana întru Cel de sus.*

Cu totul firesc și simplu, dar deloc simplist, chipul Moșului este liantul unei neîntrerupte, complexe și indestructibile legături între Cer și Pământ:

*Ce dor îmi e de Moș Crăciun,
De cel din cer și-adevărat,
De când eram copilul bun,
Cu sufletul și cugetul curat.
Să-l văd printre ninsori zburând,
În coruri de colinde sfinte,
La ușă să-l aud bătând,
Ca să-mi trezească-ncet în gând
Nostalgice aducerile-aminte.*

Cu **mult drag și aleasă prețuire îl felicit pe poetul Nicolae Rednic** pentru fragmentele din opera sa poetica, pe care le-a publicat în acest prim volum.

Mărturisesc că sunt versuri pe care nu le pot citi cu voce tare, deoarece, invariabil mă fac să plâng, cum ar fi finalul poeziei închinată soției.

Cu modestia care îl caracterizează, mi-a spus că nu se consideră poet, doar un om care a scris câteva versuri.

Prin cele scrise mai sus am încercat să îl conving că **este un poet adevărat**, deoarece **lirismul** se definește prin *transmiterea directă, subiectivă și estetică, a emoțiilor autorului*. **Iar dacă aceste versuri nu sunt transmitere originală, directă, sensibilă și estetică a unor mari emoții și gânduri, atunci lirismul se cere redefinit!**

Să fiți sănătos, domule dr. Nicolae Rednic și deplin fericit, înconjurat de familie, de cei dragi și de oameni buni!

LA MULȚI ANI !

ÎNCEPUTURILE TRANSPLANTOLOGIEI

Drd. Dinu I. Dumitrașcu, prof.dr. Alexandru V. Georgescu
Clinica de chirurgie plastică și microchirurgie reconstructivă
UMF "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca

În cultura umană ideea de transplant a ținut probabil mai întâi de fantastic, de miraculos. Din preistorie o găsim – după urmele osteoarheologice - materializată ca procedură magică și curativă. Antichitatea recurgea cu multă artă la autoplastia reconstructivă a feței, dezvoltată apoi mult în Renaștere. Târziu, științele moderne au creat gradual bazele unei fascinante specialități medicale, "transplantologia" (1). În secolul XX au fost acordate 26 de premii Nobel pentru descoperiri semnificative din sfera ei de activitate (2).

Etapa mitologică

Mitologia antică descrie multe ființe supranaturale monstruoase, combinații anatomice de specii diferite. Prototipul este Himera, descrisă de Homer în Iliada ca o creatură cu trei capete (de leu, de capră și de șarpe) care scoteau flăcări pe gură și cu un corp hibrid, în parte de leu și în parte de capră. La vechii egipteni, zeul solar Horus era reprezentat în unele picturi cu un cap de șoim (3). Zeul indian Ganesha avea corpul de om și capul de elefant, o combinație ciudată prin care Divinitatea redase viața unui tânăr decapitat din greșeală de Șiva, unul dintre zei (id.).

În lumea creștină se păstrează cu pietate legenda Sfinților Cosma și Damian, "doctorii fără de arginți", patronii medicinei, frați gemeni din Siria, primul medic, al doilea chirurg, cu mare reputație în Asia Mică. Pentru că s-au botezat, au fost decapitați în anul 287. Mai târziu, în cinstea lor s-a ridicat o bazilică. Pe la 348, parohul ei a făcut gangrenă la un picior. Noaptea, pe când dormea, cei doi sfinți i-au tăiat piciorul bolnav și l-au înlocuit cu altul, sănătos, luat de la un gladiator negru (un etiopian), care tocmai murise, fixându-l de coapsă cu un unguent. Dimineața, când s-a trezit, nu mai avea dureri și putea să meargă. (5).

Un text chinez din anul 300 î. e. n. povestește: "Într-o zi doi oameni suferinzi, Lu și Ciao, au fost chemați de chirurgul Pien Ci'iao. Acesta le-a dat o băutură toxică după care au rămas inconștienți trei zile. În acest timp Pien Ci'iao i-a operat: le-a deschis abdomenul și a cercetat inima; după extragerea și schimbarea organelor între ei, le-a dat o băutură miraculoasă și cei doi oameni s-au întors acasă sănătoși". Legendei i s-a atribuit un sens esoteric: simbol al restabilirii echilibrului între elementele Yin și Yang (6).

Basmele populare vorbesc de reconstituirea corpului unor eroi ca Făt Frumos, tăiat de smei în bucăți. Francois Rabelais descrie în "Gargantua și Pantagruel" cum iscusitul Panurge replantează capul uriașului Epistemon: "A spălat capul și gâtul mortului cu vin alb din cel mai bun și l-a oblojit cu praf de bălegariță; apoi l-a uns cu nu știu ce fel de alifie, legând capul

de trup vână cu vână, nerv cu nerv, oscior cu oscior, având grijă să nu rămână strâmb. A făcut de jur împrejurul gâtului cincispezece împunsături de ac, ca să se prindă capul, apoi l-a uns cu altă alifie... Dintr-o dată Epistemon a început să răsuflă, a deschis ochii, a căscat și a strănutat” (7).

Etapa autogrefelor

Cercetările arheologice au descris în epoca bronzului autogrefe osoase care închideau orificii de trepanare craniană sau consolidau fracturile, cu aspect de vindecare deplină (8).

În antichitate, rinoplastia prin autogrefă de piele se practica atât în civilizațiile mediteraneene (de către medicii egipteni, greci și romani), cât și în orient (la chinezi și indieni). Pe atunci tăierea nasului era o pedeapsă prevăzută pentru unele acuzații de legile crude ale timpului.

Procedura era bine codificată în India antică. Textul sanscrit “Sushruta Samhita” (anul 700 î.e.n.) descrie cu detalii tehnica lamboului de piele pediculat, care era transferat de la gât, frunte sau obraz. Conexiunea cu teritoriul de origine se tăia după consolidarea adeziunii. Această tehnică (numită “indiană”), a fost preluată și de medicii englezi veniți în campanie la sfârșitul secolului XVI. Cartea mai descrie și autoplastia urechilor și buzelor (9).

Și occidentul european cunoștea bine, în Renaștere, rinoplastia cu lambou pediculat, care era adus nu numai din vecinătate, ci și de pe antebraț (Branca, tatăl și fiul, în Sicilia). “Metoda italiană” este descrisă, cu ilustrații, de un chirurg din Bologna, Gasparo Tagliacozzi (secolul XV-XVI) în cartea sa *De curtorum chirurgia per insitionem* (= despre chirurgia mutilărilor prin altoire) (Veneția, 1507). Poetul Calenzio lauda tot pe atunci devotamentul unui sclav care își dăruise nasul stăpânului său: ar fi primul homotransplant cunoscut. Peste trei secole Bunker a semnalat (în 1822) succesul autogrefelor cu lambou de piele liber înfolosite pentru reconstrucția nasului. (3).

Chirurgul scoțian John Hunter (1728-1793) a imaginat numeroase modele experimentale de transplant, ilustrate în documentele păstrate la “Hunterian Museum” din Londra: auto- și allogrefa dinților pe creasta unui cocoș, grefa tendonului lui Achille, auto- și allogrefa testiculelor la puii de găină, transplantul de piele și de cornee (10). În 1809 s-a descris vindecarea fracturii de picior (la un câine) prin autogrefă osoasă (Merrem).

Alexis Carrel a reușit pentru prima dată autotransplantarea rinichiului (1902). În 1905, la București, doi chirurgi, Florescu și Bălăcescu, au făcut și ei autotransplantări de rinichi la câine, cu supraviețuire până la 11 zile.

Experimentând tehnici mai sigure de anastomoză, Alexis Carrel a folosit autogrefarea venelor pe artere la animale (1905). În aceeași perioadă, Goyanes este primul care a practicat autogrefele venoase la om (1906).

Autogrefele cutanate au fost multă vreme pediculate. În 1804 Giuseppe Baronio (Milano) realizează primele autotransplantări experimentale de mari dimensiuni, dintr-un teritoriu în altul, folosind piele liberă (la oaie). În 1869 Louis Reverdin aplică grefe epidermice insulare mici pentru acoperirea unor arii denudate extinse, demonstrând capacitatea lor mare de coalescență. Louis Ollier (1872) reușește la om grefe cu fragmente mari de piele integrală, perfecționate ulterior de Carl Thiersch (1886), al căror nume îl poartă în prezent (11).

De interes deosebit s-au bucurat și autogrefele endocrine. “Tatăl endocrinologiei experimentale”, Berhold, a demonstrat (în 1849) că autogrefarea testiculelor la cocoși, după castrare, menține caracterele sexuale secundare (10). La om s-au făcut numeroase încercări cu tiroida, hipofiza, ovarul, glanda suprarenală, testiculele, pancreasul endocrin și paratiroida. De aplicații terapeutice beneficiază în prezent doar ultimele patru. În criptorhidie transplantarea glandelor în burse, în primii ani de viață, a rămas soluția optimă.

Chirurgia plastică modernă recurge cu succes la autogrefe de piele, os, cartilajii, vase sanguine (vene!), tendoane, mușchi, testicole (în criptorhidie) etc.

Etapa homogrefelor empirice

Primele transferuri de elemente anatomiche de la un organism la altul datează din cele mai vechi timpuri. Arheologii au descris transplante de dinți în mai multe situri antice din Egipt, Grecia, Imperiul Roman, China, ca și în țările arabe și în așezările precolumbiene din cele două Americi (10). Împlantările de dinți se practicau în Renaștere, se atribuie și lui Ambroise Pare'.

Istoria medicinei a reținut prima transfuzie de sânge, care a fost făcută în 1492 papei Inocențiu VIII, muribund, prin exsanguinarea a doi copii (11).

Spre sfârșitul secolului XIX s-au încercat grefări de piele de la cadavru în rănile extinse și din cauza regenerării marginale care avea loc, nu s-au remarcat diferențe față de autogrefe. Un student al lui Claude Bernard, Paul Bert, a fost primul care le-a descris în 1863 (id.).

În aceeași epocă s-a experimentat pe animale grefa de cornee, dar fără succes la început. Bigger (1835) a reușit pentru prima dată grefări viabile între două gazele (10). Mai târziu s-au obținut rezultate bune și la alte animale, dar numai când erau din aceeași specie. Primul succes la om datează din 1906. În continuare, transplantul de cornee a devenit o practică largă în prima jumătate a secolului XX. Calitatea de "țesut imunologic privilegiat" i-a fost explicată prin lipsa vaselor sanguine și prin conținutul în factori imunosupresivi (interleukină și beta-TGF).

Chirurgia transplantului se bazează în mare măsură pe calitatea anastomozelor vasculare, amenințate de stenoză și tromboză. Prima, efectuată de J. B. Murphy în 1897, a fost urmată de complicații. Alexis Carrel a propus în 1902 o metodă originală, superioară: "triangularea vaselor sanguine" (premiul Nobel, 1912) (12).

Tot el transplantează cu succes (1908), la animale din aceeași specie, artere conservate mai multe zile prin hipotermie (13). Pune astfel la punct primele tehnici de conservare a țesuturilor și organelor.

În anii care urmează Alexis Carrel transplantează, cu numeroase eșecuri, rinichi, splină, ovare, tiroidă, extremități și chiar capul (13). Făcând echipă cu chirurgul american Guthrie realizează în 1905, la Universitatea din Chicago, primul transplant de inimă, fixându-o la gât (14). Conracțiile cardiace s-au reluat imediat postoperator și au continuat timp de două ore, când s-a produs coagulare intracavitară.

Aceeași tehnică a fost reluată cu mai mult succes de Mann și colab., în 1933. Unul din câinii transplantați a supraviețuit opt zile, astfel că la el s-a putut identifica pentru prima dată fenomenul de respingere (15). Concluzia era clară: cauza eșecurilor nu ține de operație.

În lucrarea sa preliminară din 1905, "The Transplantation of Organs", Alexis Carrel face prima clasificare a acestora, astfel: "Dacă organul este replantat la același animal de la care a fost extras, operația este numită *autotransplantare*. Dacă este fixat la alt animal din aceeași specie, este numită *homotransplantare*, pe când dacă este fixat la alt animal dintr-o specie diferită, operația este numită *heterotransplantare*".

Termenii, folosiți și astăzi, au doi echivalenți mai recent: "allogrefă" pentru al doilea și "xenogrefă" pentru ultimul. Prin "isogrefă" se înțelege homogrefa între organisme identice genetic. Denumirile de transplant și grefă sunt quasisinonime, deși unii consideră că pedicul vascular are numai transplantul.

Cercetările au continuat, cu repetate dezamăgiri. Încercarea de transplantare a genunchiului lipsit de pedicul vascular eșuează (Lexer, 1908). La fel, toate experiențele cu transplant osos nevascularizat au fost dezastruoase din cauza dezintegrării țesutului.

Primele transplante de rinichi (Emerich Ullmann, 1902, la Viena) făcute la câine, (cu sediu inghinal sau carotidian și folosindu-se tuburi pentru anastomozele vasculare) s-au soldat cu moartea receptorului (16). Alexis Carrel a avut rezultate mai încurajatoare, rezumate astfel: "Un animal care a suferit dublă nefrectomie, urmată de grefarea ambilor rinichi de la alt animal, poate secreta urină aproape normală cu noile sale organe și trăiește în bune condiții de sănătate cel puțin câteva săptămâni" (17). La începutul secolului XX

transplantarea rinichilor a fost extinsă și la alte specii (iepure, porc, capră, maimuță), dar totdeauna, după scurt timp, animalele mureau.

La om, primul transplant - un xenotransplant! – s-a făcut cu un fragment de pancreas insular de oaie, la un băiat de 15 ani cu diabet zaharat: a murit în comă după trei zile (Williams, 20 decembrie 1893, la Bristol) (cit. de 18).

Eșecuri în serie s-au înregistrat și prin transplantarea rinichiului de animal la bolnavii cu insuficiență renală severă. Jaboulay (1906, în Franța) a grefat rinichi de porc și de capră în câteva cazuri de insuficiență renală cronică; funcția lor s-a prăbușit după o oră. Unger (1909, în Germania) a încercat să salveze o fată muribundă cu insuficiență renală anastomozându-i un rinichi de maimuță la coapsă; diureza nu s-a produs nici aici (19).

Primul transplant renal “om-om” a fost efectuat de Voronoy, cu anastomozare la vasele coapsei (1933, în Ucraina) (id.). Donatorul era un comatos cu traumatism cerebral grav, iar receptorul un bolnav anuric, intoxicat cu clorură de mercur. Funcția rinichiului nu s-a reluat. Echipa a avut același rezultat în alte șase încercări (1933-1949).

În alt model clinic s-a grefat la braț un rinichiu de cadavru (Hufnagel și colab., 1946, la Boston) (9). A funcționat doar temporar, suficient totuși pentru ca rinichii bolnavei-receptor să-și reia funcția, încât a plecat acasă sănătoasă. Rinichiu grefat a fost ulterior îndepărtat. În anii 1950-1953 s-au încercat și alte transplantări renale, la Paris, Boston și Chicago. Mai promițătoare au fost cele făcute cu rinichii prelevați imediat după ghilotinarea unui condamnat: supraviețuirea celor doi receptori a fost de 17 și 19 zile (Kust et al., Dubost et al., 1951, în Franța). Durata maximă de supraviețuire a fost de câteva luni, la Boston (20).

În 1953, la Paris, Louis Michon, Rene Kuss și Jean Hamburger au recurs pentru prima dată la un donator viu. Ei au transferat un rinichi de la mamă fiului său, care tocmai își pierduse rinichiul solitar într-un accident de mașină (19). Bolnavul a murit în uremie după 22 zile.

Eșecuri au fost semnalate și în încercările de transplant de inimă, ficat, pancreas și intestin, atât în laboratoarele experimentale cât și în clinică (sinteză în 3).

Transplantologia care tocmai se născuse se găsea deci într-un serios impas, care nu putea fi depășit de tehnica chirurgicală. Atenția trebuia orientată în alte direcții, indicate de cercetările mai vechi ale lui Medawar: mecanismele imunitare, toleranța și intoleranța imună.

Ipoteza a fost confirmată de succesul absolut al primului transplant renal practicat între doi gemeni monoziagoți în 1954 de echipa lui J.E.Murray, la spitalul Peter Bent Brigham din Boston (21, 22). Locația aleasă a fost cea pelviană. Pacientul a trăit 25 de ani și a decedat prin cardiopatie ischemică. Succesul confirma unele observații mai vechi, din 1937, privind toleranța grefelor de piele la persoanele identice genetic (J.B.Brown, cercetări cu grefări reciproce la doi frați gemeni) (23).

Dezvoltarea conceptului de toleranță imună

Conceptiile biologice din secolul XIX consacrau individualitatea specifică a fiecărui organism viu, cu toleranța reciprocă dintre elementele sale structurale: *athrepsia*, *horror autotoxicus* (Paul Ehrlich, premiul Nobel 1918). Teoria implica existența unor reacții de apărare față de organismele străine. Mecanismele intime erau însă complet necunoscute.

În 1899 Ilya Metchnikoff (premiul Nobel 1908) a descris efectul distructiv al serului antilimfocitar asupra leucocitelor polimorfonucleare ale animalului donator de limfocite (24). Serul a fost preparat prin injectare intravenoasă la cobai a limfocitelor recoltate din ganglionii și splina de șobolan sau iepure. În aceeași perioadă, Flexner a produs depleție limfoidă cu un ser anti-limfoganglionar, iar Monaco și Russel au izbutit să prelungească printr-un astfel de ser, supraviețuirea homogrefelor și chiar a xenogrefelor de piele.

Ideile începeau să se clarifice și Alexis Carrel anticipează progresele ce vor urma, spunând: “Toate eforturile trebuie să se orienteze acum spre metodele biologice care vor împiedica reacțiile organismului față de țesuturile străine”.

A urmat descoperirea antigenilor AB ai grupelor sanguine și ulterior a factorului

Rhesus, în primele decade ale secolului XX, de către Karl Landsteiner (premiul Nobel 1930). Se puteau acum explica accidentele transfuzionale. Descrierea grupelor sanguine și a incompatibilității dintre ele a contribuit la progresul cunoștințelor privind rejctarea transplantelor.

În 1952 au fost descoperiți de Dausset și colab. (premiul Nobel 1980) antigenii responsabili de reacția de intoleranță din transfuziile leucocitare utilizate în agranulocitoză. Payne (1958) găsește antigenii leucocitari și în serul femeilor multipare. Au fost numiți antigeni HLA – *human leucocytar antigens* - și stau la baza sistemului actual de tipizare a grupelor tisulare (25, 26). În clinică au fost introduși de Hamburger pentru testarea compatibilității în vederea transplantului renal (25, 26).

Al doilea război mondial a impulsat cercetările privitoare la grefele de piele, pentru că mulți aviatori doborâți în bătălia Atlanticului aveau arsuri întinse. La solicitarea guvernului britanic, chirurgul englez Peter Brian Medawar (premiul Nobel 1960 și titlul nobiliar de “sir”) a inițiat un program intensiv de studii. El se ocupa mai de mult de transplantări, deși, cu rezultate nesatisfăcătoare: din 36 bolnavi cu transplant renal, unul singur supraviețuise. În 1943 descoperă că rejecția grefelor are mecanism imunocelular, demonstrat prin aglomerarea limfocitară importantă din homogrefe, la iepuri, fenomen care în autogrefe lipsea (27, 28).

Abia peste două decenii va fi descrisă participarea imunității umorale la procesul de respingere. În 1965 Terasaki et al. evedențiază anticorpi față de leucocitele donatorului în serul unui bolnav cu rinichi transplantat (29). În curând va fi pus la punct “testul limfocitotoxic” pentru detectarea incompatibilității tisulare (30).

Concluzia cecetărilor lui Sir Medawar era optimistă: există posibilitatea ca un animal receptor să poată fi astfel “manipulat” încât să accepte grefele de la donatori din aceeași specie, neînrușiți. Ideea imunosupresiei luase naștere.

BIBLIOGRAFIE

- 1.Kirk A L, Elster E A. Immunology of transplantation. În: Surgery Basic Science and clinical evidence (ed. J A Norton et al), ed. 2, 1705-1735, Springer, NY, 2008
- 2.Starzl Th E. History of clinical transplantation. În: Surgery Basic Science and clinical evidence (ed. J A Norton et al), ed. 2, 1682-1704, Springer, NY, 2008
- 3.Bollinger R R, Stickel D L. Transplantation. Historical aspects. În: 338-345
- 4.Woodruff M F A. The transplantation of tissues and organs. Springfield, Ill, Ch C Thomas, 1960
- 5.Conolly B W, Benanzio M. Cosmas and Damian revisited. În: 4-10
- 6.Worshofsky F. The rebuilt man. Th. Crowell, NY, 1965
- 7.Rabelais Francois. Gargantua și Pantagruel, cartea 2. Trad.: Al Hodoș. ELU, Buc., 1967
- 8.Guthrie D. A history of medicine. Lippincott Co, Philadelphia, 1946
- 9.Moore F D. The development of tissue transplantation. Saunders Co, Philadelphia, 1964
- 10.Peer L A. Transplantation of tissues. Williams a. Wilkins, Baltimore, 1955
- 11.Converse J M, Casson P R. The historical background of transplantation. În: Human Transplantation (eds. F. T. Rapaport și J. Dausset), Grune a. Stratton, NY, 1968
- 12.Carrel A. La technique opératoire des anastomoses vasculaires et la transplantation des visceres. Lyon med 1902: 98, 859
- 13.Carrel A. Results of the transplantation of blood vessels, organs and limbs. JAMA 1908: 51, 1662
- 14.Carrel A., Guthrie C C. The transplantation of veins and organs. JAMA 1905: 10, 1101
- 15.Hardy J D, Chavez C M, Kurrus F D et al. Heart transpkantatioin in man. JAMA 1964: 188, 1932

- 16.Ullmann E E. Experimentelle Nierentransplantation. Wien Klin Wschr 1902: 15, 281
- 17.Carrel A. Transplantation in mass of the kidney. J Exp Med 1908: 10-140
- 18.Downing R. Historical review of pancreatic islet transplantation. World J Surg 1984: 8, 137
- 19.Hamilton D. Kidney transplantation. În: Kidney transplantation. Principles and practice (ed. P. Morris), Grune a. Stratton, London, 1984
- 20.Merrill J P. Early days of the artificial kidney and transplantation. Transplant Proc 1981: suppl. 1, 4
- 21.Murray J E, Merrill JP, Harrison J H. Renal homotransplantation in identical twins. Surg Forum 1955: 6, 432
- 22.Merrill J P, Murray J E, Harrison J H, Guild W R. Successful homotransplantation of the human kidney between identical twins. JAMA 1956: 160, 277-282
- 23.Brown J P. Homografting of skin: with report of success in identical twins. Surgery 1937: 1, 558-563
- 24.Metchnikoff I. Etudes sur la resorption dec cellules. Ann Inst Pasteur 1899: 13, 737
- 25.Dausset J, Nenna A. Presence d'une leuco-agglutinine dans le serum d'un cas d'agranulocytose chronique. Compt Rendus Soc Biol Paris 1952:146, 1539
- 26.Dausset J. Iso-leuco-anticorps. Acta Haematol 1958: 20, 156-166
- 27.Gibson T, Medawar P B. The fate of skin homografts in man. J Anat 1943: 77, 299-310
- 28.Medawar P B. The behavior and fate of skin autografts and skin homografts in rabbits. J Anat 1944: 78, 176-199
- 29.Terasaki P L, Marchioro P L, Starzl T E. Sero-typing of human lymphocyte antigens. În: Histocompatibility testing, 83-96, Nat Acad Sci Res, Washington, 1965
- 30.Patel R, Terasaki P L. Significance of the positive crossmatch test in kidney transplantation. N Engl J Med 1969: 280, 735-739

DERMATITA DE CONTACT ALERGICĂ. METODE DE INVESTIGARE

Dr. Valentin Pop – medic primar dermato-venerolog.

Dr. Oana Pop – medic rezident alergologie-imunologie.

Baia Mare

Diagnosticul dermatitei de contact alergice (DCA) se efectuează prin intermediul patch-testării iar al dermatitei foto-alergice prin foto-patch-testare. Tehnicile au evoluat în așa fel încât în acest moment se poate vorbi de o standardizare mondială cu variații minore, în special în ceea ce privește timpul de citire al rezultatelor, bateriile de test și protocoalele patch-testării.

Patch testarea se bazează pe observația ca limfocitele T ce prezintă antigenele sunt prezente în tot organismul, deci alergenii din testele patch pot fi aplicați oriunde pe corp dar sunt în mod uzual aplicați pe partea dorsală superioară a toracelui. În situațiile în care este imposibilă aplicarea la acest nivel, se pot lua în considerare și alte situații, atunci când spre exemplu există o afecțiune cutanată inflamatorie sau de alt tip.

Alergenul trebuie să fie absorbit într-o cantitate suficientă pentru a produce o reacție inflamatorie cutanată la locul aplicării la subiecții sensibilizați. O reacție pozitivă la un patch test corect aplicat confirmă că persoana respectivă prezintă o sensibilitate de contact de tip alergic, deși aceasta nu înseamnă că acel anumit alergen este responsabil pentru dermatita clinic instalată, iar relevanța testului trebuie atent evaluată clinic.

SUBSTANȚELE UTILIZATE:

În acest moment se utilizează pentru patch-testare baterii standard de substanțe cu concentrații predeterminate, evitându-se astfel riscul supra sau subdozării și implicit limitând rata răspunsurilor fals pozitive sau negative.

Substanțele testate standard la nivel european și concentrațiile utilizate sunt redată în

tabelul de mai jos.(tab.1)

1. dicromat de potasiu 0,5%	13. mercapto amestec 2%
2. neomicina sulfat 20%	14. rașini epoxi 1%
3. thiuram amestec 1%	15. parabeni amestec 15%
4. parafenilendiamina 1%	16. rașina formaldehidica 1%
5. clorura de cobalt 1%	17. parfum amestec 8%
6. benzocaina 5%	18. dihidroclorid etilendiamina 1%
7. formaldehida 1%	19. sare cuaternara de amoniu 1%
8. colofoniu 20%	20. sulfat de nichel 5%
9. quinolina amestec 6%	21. izotiazolin amestec 0,01%
10. balsam de Peru 25%	22. mercaptobenzotiazol 2%
11. PPD-cauciuc negru amestec 1%	23. primin 0,01%
12.1 ana (extract de alcool) 30%	

VEHICULELE PENTRU PATCH-TESTARE:

Puține sunt substanțele care pot fi aplicate pe piele în starea lor naturală. Pentru a se evita efectele iritative ele trebuie amestecate sau dizolvate într-o substanță vehicul pentru a atinge concentrația optimă. Substanța de testat trebuie să fie solubilă în vehicul. Dacă se utilizează o dispersie a alergenului în petrolatum, contactul cu pielea depinde de mărimea particulelor, de solubilitatea și dispersia lor în acest vehicul. Dispersia uniformă și mărimea particulelor sunt foarte importante [1]. Multe substanțe pot fi dizolvate în apă, alcool, acetonă, metiletilketonă sau în ulei de măsline. Trebuie evitați solvenții iritanți ca și cloroformul sau benzenul. Atunci când se utilizează vehicule inadecvate se pot obține rezultate fals pozitive sau fals negative. În general cel mai des utilizat este petrolatumul care are și avantajul de a fi ocluziv, ceea ce previne oxidarea și prelungește valabilitatea. Alergiile la petrolatum sunt foarte rare [2]. În clima tropicală (caldă) petrolatumul nu este util datorită lichefierii ce survine între momentul preparării și cel al aplicării. [3]

CONCENTRAȚIILE SUBSTANȚELOR TESTATE:

Alegerea unei concentrații adecvate este de importanță crucială. Concentrațiile prea mari produc reacții fals pozitive datorită efectului iritant, iar concentrațiile prea mici produc reacții fals negative. Concentrațiile alergenilor folosite de rutină în patch-testare în anumite condiții și la anumiți indivizi dau reacții fals pozitive sau negative.

Alegerea unei concentrații optime reprezintă deci un compromis, iar cele mai multe au fost alese în urma experienței îndelungate cu alergenii cei mai des întâlniți.

Concentrațiile folosite sunt de regulă mai mari decât cele întâlnite în timpul producerii dermatitei. Pentru a demonstra prezența dermatitei alergice la nichelul din obiectele placate cu acest metal este necesară o concentrație de 5% a sulfatului de nichel în petrolatum. Cromul 0,25-0,5% demonstrează sensibilitatea la cimentul ce conține crom în concentrație de 0,0005-0,002%. Neomicina trebuie testată la o concentrație de 20% în ciuda faptului că aceasta se gasește la o concentrație de 0,5% în medicația topică.

Sărurile metalelor se testează la limita iritabilității și pot duce la rezultate fals pozitive, în special la indivizii cu teren atopic. În cazul rezultatelor îndoielnice individul respectiv poate fi retestat la o serie de diluții.

Multe substanțe chimice de uz industrial sau casnic dacă nu sunt diluate corespunzător pot produce reacții iritative fals pozitive cu evoluție severă. Nici o substanță chimică nu trebuie aplicată pe piele decât după ce se cunosc detaliile despre compoziție, potențialul iritativ și toxicitate. Unele substanțe sunt iritanți puternici fără a fi alegeți (acizii și alcalinele

puternice) iar altele pot fi contaminate sau de compoziție nesigură.

LOCUL TESTARII:

Majoritatea dermatologilor preferă partea superioară a feței dorsale a toracelui pentru aplicarea testelor. Regiunea în care este testată substanța este importantă cu privire la rezultatele obținute atât reacțiile iritative cât și cele alergice sunt mai ușor provocate la acest nivel [4]. De asemenea se folosește și porțiunea superioară a brațului, iar la nevoie testele se efectuează pe tegumentul abdomenului. (tab. 2)

LOCUL TESTULUI	TIPUL REACȚIEI	
	IRITATIVĂ(%)	ALERGICĂ(%)
TORACE SUPERIOR	100%	100%
TORACE INFERIOR	50%	95%
BRAȚ	52%	72%
ANTEBRAȚ	38%	74%
COAPSĂ	36%	50%

TAB. 2. REACTIVITATEA LOCURILOR DE TESTARE.

TIMPUL DE EXPUNERE:

În cazul unor substanțe simple atingere provoacă un răspuns bulos la persoanele sensibilizate, dar în cazul altora ca de exemplu textilele sunt necesare chiar 5 zile de patch testare sub bandaj ocluziv și chiar în aceste condiții pot apărea reacții fals negative.

Studii recente desfășurate folosind PPD (parafenilendiamina) au demonstrat că procesul de inițiere al reacției alergice nu depinde doar de timpul de expunere ci și de concentrația și numărul de aplicații ale alergenului. [5,6]

În mod convențional alergenii cunoscuți testați sunt supuși patch-testării timp de 48 de ore sub pansament ocluziv, acest timp permițând penetrarea unei cantități suficiente de alergen pentru a provoca o reacție. În cazul sensibilității scăzute, concentrațiilor scăzute de alergen și absorbției slabe a unui agent poate exista o perioadă mai lungă de latență. De aceea s-a sugerat un regim special de citire a rezultatelor, o primă citire făcându-se în ziua 2 după aproximativ o oră de la îndepărtarea bandajului ocluziv, iar o a doua citire se va face în ziua 4 preferabil de către același examinator. [7] O singură citire la 48 de ore nu este recomandată datorită posibilității crescute de a confunda iritanții marginali cu alergenii, iar reacțiile pozitive la alergenii slab absorbiți pot fi în acest fel omise [8,9]. Dacă nu este posibilă decât o singură citire atunci se recomandă citirea în ziua 4. [10,11]

CITIREA ȘI INTERPRETAREA REZULTATELOR:

Rezultatele se citesc și se interpretează conform unui sistem de scor stabilit în anii 1970 de către ICDRG (Grupul Internațional de Cercetare a Dermatitei de Contact) [12], redat în tabelul de mai jos. (tab. 3)

CUANTIFICAREA
REZULTATELOR

?+

MODIFICARI MORFOLOGICE ȘI
INTERPRETARE

Negativ

Reacție îndoielnică, eritem slab

+	Reacție pozitivă slabă, eritem palpabil, infiltrație, posibil papule.
++	Reacție pozitivă puternică, eritem, infiltrație, papule, vezicule.
+++	Reacție pozitivă extrem de puternică, eritem intens, infiltrație, vezicule coalescente.
IR	Reacție iritativă
NT	Ne-testat.

Dezavantajele scorului ICDRG constau în faptul că acesta poate crea confuzii între interpretarea rezultatelor și modificările morfologice observate. Sistemul ideal de evaluare a rezultatelor constă din înregistrarea modificărilor apărute în ziua 2-4 pentru ca mai apoi să se decidă dacă acestea constituie un răspuns alergic sau iritant.

Odată dezvoltată reacția alergică persistă pentru mai multe zile. Intensitatea reacției depinde de funcția de bariera, prezentă sau absentă sudorației, umiditatea atmosferică, material, tehnică și reactivitatea individuală.

Reacțiile alergice puternice sunt eritematoase și infiltrative, de obicei cu mici papule sau vezicule, care în reacțiile severe coalizează și formează bule. Infiltrația cauzează indurarea dermului care devine palpabilă și poate fi distinsă de modificările de suprafață a epidermului. Reacția poate să se extindă dincolo de marginile bandajului și este însoțită de prurit. Uneori însă reacțiile alergice sunt slabe făcând interpretarea dificilă.

Bibliografie:

1. Fischer T, Maibach HI. Amount of nickel applied with a standard patch test. *Contact Dermatitis* 1984; **11**: 285–7.
2. Dooms-Goossens A, Degreff H. Contact allergy to petrolatums. I. Sensitizing capacity of different brands of yellow and white petrolatums. *Contact Dermatitis* 1983; **9**: 175–85.
3. Bajaj AK, Gupta SC, Chatterjee A. Suitable bases for patch testing in tropical countries. *Int J Dermatol* 1986; **25**: 379–80.
4. Magnusson B, Hersle K. Patch test methods: II. Regional variations of patch test responses. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1965; **45**: 257–61.
5. Hextall JM, Alagaratnam NJ, Glendinning AK *et al.* Dose-time relationships for elicitation of contact allergy to para-phenylenediamine. *Contact Dermatitis* 2002; **47**: 96–9.
6. Andersen KE, Johansen JD, Bruze M *et al.* The time-dose-response relationship for elicitation of contact dermatitis in isoeugenol allergic individuals. *Toxicol Appl Pharmacol* 2001; **170**: 166–71.
7. Geier J, Gefeller O, Wiechmann K *et al.* Patch test reactions at D4, D5 and D6. *Contact Dermatitis* 1999; **40**: 119–26.
8. Shehade SA, Beck MH, Hiller VF. Epidemiological survey of standard series patch test results on day 2 and day 4 readings. *Contact Dermatitis* 1991; **24**: 119–22.
9. Uter WJ, Geier J, Schnuch A. Good clinical practice in patch testing: readings beyond day 2 are necessary: a confirmatory analysis. Members of the Information Network of Departments of Dermatology. *Am J Contact Dermatitis* 1996; **7**: 231–7.
10. Todd DJ, Handley J, Metwali M *et al.* Day 4 is better than day 3 for a single patch test reading. *Contact Dermatitis* 1996; **34**: 402–4.
11. Macfarlane AW, Curley RK, Graham RM *et al.* Delayed patch test reactions at days 7 and 9. *Contact Dermatitis* 1989; **20**: 127–32.
12. Wilkinson DS, Fregert S, Magnusson B *et al.* Terminology of contact dermatitis. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1970; **50**: 287–92.

COMPROTAMENT LA BOALĂ MAI PUȚIN OBIȘNUIT – SOLICITARE DE EUTANASIE

Prof. Dr. Constantin Bogdan – București

Aricol preluat din REVISTA ROMÂNĂ SĂNĂTATE MINTALĂ Vol. 19, Nr. 1/2010 cu acordul autorului.

Prezentare de față își îngăduie o excepție de la regula prezentării „unui” caz clinic și aduce în discuție „o cazuistică” adunată din experiența personală, cazuistică având drept numitor comun: *solicitarea unor pacienți de a fi expuși eutanasiei*

Experiența menționată include o perioadă de peste trei decenii de activitate clinică la patul bolnavului, în servicii de „geriatrie lourde” (pacienți vârstnici cu polipatologie în stadii evolutive avansate, preterminale și terminale, transferați din celelalte spitale, pentru terapie simptomatică sau aduși de familie) și servicii pentru pacienți incurabili (cancer, boli neurologice grave, demențe ș.a).

Autorul a reținut și a consemnat datele esențiale a *11 cazuri de solicitare de eutanasi*. Cifra nu poate avea semnificație statistică, deoarece, nu s-a întreprins un studiu sistematic, nu s-a avut în vedere raportări la numărul de internări, perioade de timp, eventuale studii similare, neîntâlnite în literatura consultată, pornind de la această ipoteză. Pe de altă parte, e foarte probabil, ca solicierea de eutanasi să fi preocupat mai mulți subiecți care nu au avut îndrăzneala să o și exprime clar în fața medicului curant. De adăugat că această decizie a unui pacient este o decizie gravă, presupune conștientizarea diagnosticului, a prognosticului, intensitatea suferințelor și nu în ultimul rând, impune și o apropiere a medicului, o bună comunicare, încredere în medic. De aceea, semnificația nu este atât statistică, cât a realității acestei conduite a unor pacienții, mai puțin cunoscută, nestudiată sistematic, ignorată.

Ca urmare, mai important decât un număr absolut, imposibil de stabilit, a unor procente etc. care, aparent, ar conferi valoare științifică (multe lucrări „științifice” se cer validate ca atare pentru concluzii unice ca: „din lotul de X pacienți, Y erau bărbați, Z erau femei cu vârste între...etc”) sunt **patologiile subjacente**, particularitățile subiecților dar și caracteristicile comune pregătirea și nivelul de informare al pacienților, modul de solicitare, tipul de eutanasi solicitat cu privire la diferitele forme, atitudinea echipei de îngrijire ș.a.

- Din cei 11 pacienți, unul singur avea 53 de ani, restul având următoarea structură de vârste: 2 pacienți sub 75 de ani, 71, respectiv 73 de ani, restul de 8 s-a situat între 80 și 90 de ani și un pacient împlinise de puțin timp 90 de ani (depresia ”vârstei rotunde”); în sfârșit, 7 erau bărbați și 5 femei, nivelul de instruire: studii medii și superioare.
- Privind патологиile, toți subiecții prezentau stări depresive reactive, determinate de boală și de vârsta înaintată, de intensități variabile și doi dintre ei aveau, în cadrul patologiei de vârstă cancer – cancer colorectal operat, recidivat, cancer de prostată cu metastaze.

În ceea ce privește polipatogenia geriatrică – ateroscleroza sistemică cu determinări cerebrale și coronariene la zece din cei unsprezece subiecți, insuficiențe cardio-respiratorii două cazuri, parkinsonism atelosclerotic un caz, sechele post accidente vasculare cerebrale repetate patru cazuri, cu sindroame de imobilizare consecutive, osteoporoză avansată – opt cazuri, escare de decubit – trei cazuri, incontinențe vezicale și anovezicale – cinci cazuri: toate aceste diagnostice și în plus și alte suferințe mai puțin importante privind impactul existențial

determinant pentru solicitarea de întrerupere a cursului vieții, erau asociate, în medie de 4 -5 diagnostice la un subiect, caracteristică cunoscută a geropatologiei.

- Ceea ce ar putea reprezenta o caracteristică a persoanelor vârstnice din acest lot și poate a persoanelor în vârstă în general care ajung în situația de a solicita o formă sau alta de eutanasiu (vom detalia mai departe toate tipurile de solicitări adresate medicului curant) este faptul că, spre deosebire de alți subiecți de vârste mai tinere, suferind de cancer și de alte boli grave incurabile în stadii evolutive avansate, cu stări dureroase, epuizare fizică și psihică, conștientizare dureroasă a irecuperabilității după aflarea diagnosticului, degradări ale imaginii corporale ș.a, solicitarea de a-și „încheia conturile cu viața” era o reflecție a altor determinante – pierderea poftelor de viață, a sensului vieții, demotivarea de a mai trăi, împăcarea cu sfârșitul firesc și iminent, stadiul ultim de resemnare și acceptare (Elisabeth Kubler Ross), sentimentul de a fi trăit destul (la cei foarte în vârstă), sentimentul altruist al despovăririi anturajului familial de eforturile și sacrificiile impuse de îngrijirea extrem de grea și de stresantă în astfel de cazuri, împăcarea cu o trecere „dincolo”, mi repede, fie pentru a se mântui de păcate, fie pentru a se rânduie între cei dreapți, în funcție de convingerile religioase (toți subiecții, ca în genere persoanele în vârstă, aveau puternice convingeri religioase, fiind creștini de rit ortodox). La cele de mai sus se mai adăugau și motivații comune și la subiecții nevârstnici aflați în situații similare: degradarea calității vieții din ce în ce mai greu de suportat, stări dureroase rebel, modificarea imaginii corporale, excluderea oricăror proiecte de viitor, pierderea oricăror speranțe.
- Am consemnat mai multe detalii, ceea ce ni s-a părut interesant și ne-a surprins prin îndrăzneala pacienților de a face o astfel de solicitare, fiind că în cultura noastră acest lucru este puțin obișnuit, astfel de modalități de adresare către medic a acestei cereri.

În cinci cazuri a fost vorba de o solicitare expusă și explicită de întrerupere a cursului vieții printr-o metodă activă efectuată de medic, adică *eutanasiu activă* (definiția olandeză (2001): „Terminarea intenționată a vieții unui individ sau în practica medicală a vieții unui pacient, făcută de doctor la cererea aceluia pacient”), *eutanasiu voluntară* (potrivit criteriului voinței personale a subiectului) definită prin următoarele condiții: „pacient în stadiul terminal, fără a suferi de o depresie tratabilă, solicitări repetate adresate medicului, dureri intratabile și/sau pierderea demnității, conștientizarea că nu mai există nici o soluție terapeutică în cazul său”.

Într-un caz solicitarea s-a putut încadra în ceea ce astăzi numim *suicid asistat medical*, pentru că pacientul a solicitat medicului să-i pună la îndemână un medicament letal pe care să și-l administreze singur.

În toate celelalte cazuri a fost vorba de solicitări de întrerupere a tratamentului, neconsiderate de patologie ca eutanasiu, aspect controversat, pentru mulți formula încadrabilă eutanasiu, deoarece are aceeași finalitate și, în plus grăbește sfârșitul; în aceeași situație se află sedarea terminală acceptată de paliatologi, dar contestată de alții și încadrată ca eutanasiu activă.

Privind „suspendarea tratamentului” (la care unii pacienți adaugă refuzul hranei și al hidratării) se impune un mic comentariu privind o particularitate în cazurile noastre.

Întreruperea tratamentului, în mod obișnuit o decide medicul împreună cu echipa de îngrijire, atunci când apreciază că este momentul; în cazurile noastre această solicitare venea din partea pacientului și în câteva cazuri era fermă și insistent însoțită de opoziționism în terapie, hrănire și hidratare. Menționăm că în cazurile unor pacienți care și-au pierdut discernământul (stări vegetative persistente, come depășite) cererea de suspendare a tratamentului, de menținere artificială a funcțiilor vitale este adresată medicului de către familie și aceste cazuri nu sunt atât de rare cât, mai ales, de puțin cunoscute.

Este interesantă citirea textuală a formulelor de exprimare a cererilor pacienților către medic, așa cum au fost consemnate de subsemnatul „Doctore, vă rog (vă implor) să-mi faceți ceva (să-i dați ceva), să-mi faceți o injecție să se termine”. „Ajutați-mă, nu mai suport, faceți-

mi ceva. Nu mai doresc să trăiesc, nu mai am la ce (pentru ce) să trăiesc”.

În cazurile de refuz al tratamentului, încadrabile și în ceea ce francezii numesc în cazul vârstnicilor „suicide silenceux”, se l’*aissent mourir*”, fie se refuză tratamentul în termeni foarte categorici: *lăsați-mă, nu mai vreau nici un tratament*, alteori se adresează medicului rugăminți repetate de a nu se mai administra nici un tratament, însoțite în unele cazuri de rugămintea de a i se face externarea pentru a sfârși „în patul meu”, „pe perna mea”, „lângă ai mei”. Motivații ca: „am trăit destul”, „*nu vreau să-i mai chinui pe ai mei*” au fost comune la acești pacienți exprimând trăirile psihologice ale acestor momente de sfârșit al existenței.

- Privind atitudinea medicului (în cazul de față a subsemnatului) și a echipei sale față de situațiile menționate, puțin obișnuite în activitatea de asistență medicală și de îngrijire, așa cum se poate presupune, dificultățile legate de răspunsurile la aceste puțin obișnuite solicitări au fost mari, comunicarea delicată, demersurile de a se impune convingerile echipei medicale laborioase.

Mai întâi trebuie precizat că răspunsul nostru se referea, în mod firesc, *la refuzul de a se pune în practică aceste cereri, inclusiv întreruperea tratamentului*. Nu am formulat aceste răspunsuri în termeni categorici, de la început, ci am pregătit psihologic pacienții, apelând la psiholog și la preot, acesta din urmă vizitând frecvent pacienții aflați în stări terminale. Printre argumentele folosite: garanțiile echipei de îngrijire privind asigurarea confortului fizic și psihic, îndepărtarea și ameliorarea durerii și celorlalte suferințe. Ne-am condus potrivit principiului că datoria profesională și morală a medicului, potrivit jurământului, este de a susține și nu de a suspenda viața și a învățaturii creștine privind trăirea vieții așa cum și până când ne-a fost hărăzită ș.a.

În sfârșit se înțelege lesne că este o experiență bulversantă pentru medic, că este o confruntare puțin obișnuită și emoționantă între pacient și medicul său, un aspect al relației medic-pacient rar în prezent, posibil să devină mai frecvent în viitor.

SINROMUL PICIOARELOR NELINIȘTITE – (SPN)

(RESTLESS LEGS SYNDROME) - (RLS)

Dr. Ariton Breban

Medic primar Boli Intene

Baia Mare

Termenul de sindrom este foarte des întâlnit în practica medicală, însumând un număr de simptome și semne pentru a defini o stare morbidă care nu poate fi inclusă într-un termen de boală. Îl întâlnim în toate capitolele de patologie ca de exemplu: sindrom cardiac hiperkinetic – în cardiologie, sindrom duodenovezicular în gastroenterologie, sindrom de malnutriție în bolile de nutriție, sindrom de coadă de cal în neurologie etc.

În cele două volume de boli și sindroame cu denumire de autori, aproape jumătate din acestea se regăsesc în cele două sindroame (vezi cele două volume de boli și sindroame cu nume proprii semnate de G. Russu, editate de Junimea Iași – 1975).

Sindromul picioarelor neliniștite reprezintă o afecțiune neurologică motorie caracterizată prin anomalii senzitive și motorii distincte, frecvent nediagnosticate și neglijate, afectând 12 milioane de persoane nu numai în SUA. În Anglia 1,5 milioane suferă de acest sindrom. La noi în țară nu există o evidență sigură statistică în acest sens. Cu toate că afecțiunea a fost recunoscută încă din secolul al XVII-lea, ea fiind descrisă pentru prima dată abia în anul 1945 de către neurologul suedez Karl Axel Ekrom.

SPN se caracterizează prin nevoia imperioasă de mișcare voluntară sau nu a membrilor inferioare (foarte rar a mâinilor), pacientul acuzând senzația neplăcută de furnicături, înțepături, arsuri sau neliniște, asociate cu stări de nervozitate, care apar în repaus seara sau în cursul nopții dispărând în ortostatism sau la mișcarea picioarelor, fiind astfel o importantă cauză a insomniei. Simptomele sunt mai frecvente la bărbați față de femei.

Cu cât se avansează în vârstă simptomele se agravează fiind apanajul vârstei a treia.

La marea majoritate a celor suferinzi, cauza nu poate fi evidențiată, aceasta fiind o moșternire genetică și cei mai mulți specialiști avansează ideea că apariția SPN ar fi legată de un echilibru perturbat al unei substanțe chimice, la nivelul cerebral, substanța numită dopamină. Aceasta se secretă în mod natural în creier și are rol în coordonarea mișcărilor. Nivelul dopaminei scade seara ceea ce explică apariția acuzelor în acest interval de timp.

O altă cauză ar fi deficitul de fier, element cu un rol important în producerea dopaminei.

Mai rar SPN este cauzat de o afecțiune preexistentă cum ar fi deficitul de fier cu sau fără anemie, insuficiența renală cronică, diabetul zaharat, Boala Parkinson, hipotiroidie, neuropatia periferică, artrita reumatoidă, bolile de colagen sau tratamentul îndelungat cu anticonvulsivante, antidepresive, antivomative, blocați ai canalelor de calciu.

Privit din acest punct de vedere SPN nu are apanajul neurologiei, interesând și alte specialități.

Factori agravanți ca alcoolul, cofeina, tutunul pot influența negativ simptomele.

SPN se poate asocia cu sarcina în ultimul trimestru, simptomele dispărând după naștere.

Diagnosticul SPN este ușor de recunoscut de către medicul de familie pe baza simptomelor descrise mai sus. Multe dintre persoanele cu SPN prezintă și o disfuncție de mișcare periodică a picioarelor (DMPP), o mișcare involuntară spasmodică ce apare în cursul nopții. Explorări complementare specifice de laborator nu există, exceptând dozarea glicemiei, hemoleucograma, dozarea lipidelor care pot evidenția bolile de mai sus, unde SPN este secundar acestora.

SPN primar apare în mod natural la orice vârstă, la tineri având simptome minime ușoare, în timp ce la cei peste 50 de ani simptomele se permanentizează, ducând la perturbări severe ale somnului, pacienții având calitatea vieții scăzută.

În formele mai grave cu mișcări periodice ale membrelor (DMPP) caracterizate de o mișcare convulsivă a piciorului, ce apare fie în somn fie în perioada de veghe, ducând la mișcare repetitivă, stereotipă a piciorului. Aceste mișcări constau în extensia și întinderea halucelui, flectarea gleznei a genunchiului și șoldului. Se produc la fiecare 15 – 40 secunde, având ca durată 1 – 6 secunde. Numărul acestora crește proporțional cu gravitatea afecțiunii.

Tratamentul SPN are ca scop diminuarea simptomelor, îmbunătățirea calității vieții și tratarea sau corectarea cauzelor secundare atunci când ele există.

Aceste deziderate pot fi atinse prin modificarea stilului de viață și medicație.

Modificarea stilului de viață include abandonarea fumatului, alcoolului, alimente ce conțin cofeină (cafea, ciocolată, ceai) și evitarea medicamentelor ce pot declanșa sau înrăutăți simptomele de mai sus; echilibrarea somnului la ore fixe, mersul pe jos. Exercițiile fizice de intensitate moderată, masajul, alternanța de băi fierbinți cu cele reci, pot duce la ameliorarea manifestărilor morbide.

Tratamentul medicamentos se administrează pacienților a căror simptome nu pot fi controlate prin modificarea stilului de viață.

Nu există un medicament la care să răspundă toți pacienții, uneori fiind necesară schimbarea medicației.

Medicația folosită în Boala Parkinson este eficientă și în SPN.

Cele mai utilizate sunt: Levodopa, agonisti ai dopaminei de tipul: pergolid, pramipexol, și rozinirol.

Mai nou sunt două medicamente aprobate de către FDA și utilizate în SPN: Miapex și Requip. În studii clinice acestea și-au dovedit eficiența în 75% din cazuri.

Alte medicamente folosite cum ar fi: narcoticele, sedativele (din grupul benzodiazepinelor), pentru a combate insomniile, precum și suplimentele de fier când acesta este deficitar.

Persoanele care suferă de această afecțiune, pe lângă că au calitatea vieții scăzută și nu își dau seama că au simptomele clasice care pot fi diagnosticate și tratate.

Este important ca și corpul medical, indiferent de specialitate să acorde importanța acestui sindrom în faze cât mai incipiente pentru aplicarea unui tratament precoce.

FULGII DE NEA AI UNUI BĂTRÂN

Dr. Nicolae Rednic
Baia Mare

Sunt liniști surde matlasante,
Steluțe gingașe și reci.
Ce-n zboruri lente și-elegante,
Se-adună albe în nămeți

Cândva simțeam vibrații, fiori,
Privindu-i coborând din nori,
Tăceam și-i suportam cuminte,
Când reci mi se-așezau pe frunte.

Și înainte de-a se stinge,
Uciși de-obrazul meu fierbinte,
Se prefăceau vulgar de-odată
În niște stropi banali de apă!

De ce nu pot să mai trăiesc
Emoții dragi cu fulgi de nea?!
Poate-s de vină anii ce-i simțesc?
Apăsători pe țeasta-mi grea!

Oare dispare-n noi frumosul?!
Și viața ne întoarce dosul?
Căci am ajuns s-o irosim ,
Doar bând, mâncând și alergând!

Treziți-mă fragile stele!
Curaj să-i dați vieții mele,
Ca să mă joc din nou cu voi
Uitând de griji și de nevoi!

RĂSFOIND REVISTE MEDICALE

PAGINI MEDICALE BĂRLĂDENE NR. 154 – 155/2011

Dr. Felix MARIAN
Baia Mare

Din primul număr pe acest an al binecunoscutei reviste vom aminti „Medicamentele antihipertensive și riscul de diabet” scris de Dr. Cristian Mara (Cluj), „Studiu asupra transfuziei de sânge la pacienții arși supuși intervențiilor chirurgicale de plastie cu piele liberă despăcată” realizate de Dr. Mihai Bogdan Bran (Craiova), apoi „Hiperplaziile endometriale ca

leziuni precuroare în adenocarcinomul de endometru la femeile predispuse (Obezitate, diabet zaharat, HTA) autori, un colectiv de la Craiova: Daniela Ilie, Claudia Valentina Georgescu, Anca Daniela Brăila, Mihai B Brăila.

Vom mai menționa articolul „Chirurgia non cardiacă la pacientul purtător de stent coronarian” semnat de Dr. Ioan Mara (Deva), ca și materialul „Aspecte histopatologice ale hiperplaziilor endometriale în perimenopauză” având ca realizatori pe: Dr. Daniela Ilie, Dr. Claudia Valentina Georgescu, Anca Daniela Brăila, Mihai Brăila.

Relevăm dintre materialele culturale amplul studiu „De-a pururi Eminescu – conștiință a românilor” semnat de Acad. Prof. Zeno Popovici (Sibiu), apoi „Actualitatea Luceafărului” semnat de Dr. Leonard Domnișoru, precum și „Mihai Eminescu – ipostaze inedite” autor Nicolae Botezatu (Bârlad).

La rubrica „Biblioteca medicală” remarcăm „Aderența terapeutică și infecția HIV” elaborată de Manuela Arbune, „Sociologie pentru mediciști”, autor Dr. Gavril Cornuțiu, „Boli infecțioase. Aspecte regionale actuale” sub semnătura Dr. Manuela Arbune, „Tratat de cardiopatii congenitale” (vol. I – III), autor Dr. Ion Socoteanu precum și „Caiete de traumatologie – osteoarticulară specială – mâna” sub semnătura Prof. Dr. Nicolae Gorun.

În capitolul „Medicină și literatură” sunt prezentate câteva noi apariții editoriale: „Jurnalul de la Filipeni” (apostolatul unui medic în „epoca de aur”) – autor Dr. Viorel Pătrașcu, „Ceara stinselor tăceri”, Antologia Cenaclului Literar „Victor Papilian” al Cadrelor Medicale din Cluj Napoca, Coordonator de Dr. Iustinian Gr. Zegreanu, „Românii din Timocul sârbesc” semnat de Vlad Bejan, ca și „Vaslui – itinerarii” – vol. III, semnat de Ion N. Oprea și „Biblia între mit și adevăr” având ca autor pe Virgil Ene.

Mai menționăm un fragment din romanul „Pribegi în propria țară” a Prof. Dr. Mihai Ghiur, ca și regăsirea după 50 de ani a romanului „Așteptând ceasul de apoi” de Dinu Pillat, semnat de Ana-Maria Botnaru. De asemeni scriitorul Virgil Bulat (1940 – 2010) este evocat de Prof. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu.

Din bogatul cuprins al revistei menționăm recenzia unor reviste de specialitate: „Revista de Ortopedie și Traumatologie a Asociației de Ortopedie Româno-Italo-Spaniole” – nr. 2/2010, apoi „Acta Medica Transilvanica” nr. 2/3/2010, „Medica” nr. 28/2010.

Sunt evocate o serie de manifestări științifice: „Zilele Medicale Gălățene” - ediția 2010, „A 8-a Conferință Națională de Chirurgie Toracică cu participare Internațională” - 28 – 30 octombrie 2010, de la Iași, „Curs European de Patologie” - Craiova – 30 septembrie – 3 octombrie 2010, „Zilele culturale polono – române” 2010 – Suceava.

Revista publică și versuri de: Mihai Eminescu, Serghei Esenin, Liliana Grădinaru, George Mămularu, Claudia Voiculescu, Teona Scopus.

VOM CONTROLA VREODATĂ ÎMBĂTRÂNIREA?

Dr. Dragoș Valer
Baia Mare

Se vorbește din ce în ce mai mult despre bătrâni și bătrânețe. E firesc. Cu totul firesc, deoarece populația lumii îmbătrânește. Nu este locul și cazul de a da aici date statistice.

Nu avem alternative. Toți îmbătrânim. Medicina de pretutindeni se pregătește să facă față marilor probleme pe care le ridică și mai ales le va ridica, numărul tot mai mare de persoane vârstnice.

Patologia ultimei etape a vieții e bine cunoscută: boli cardio-vasculare, boala canceroasă, boli reumatice și degenerative, cataracte, incontinență urinară atât de obișnuită, diminuarea auzului, etc. dar nu în ultimul rând, demența senilă, cea mai deprimantă boală a bătrâneții.

Mulți, mereu mai mulți, bătrâni își trăiesc ultimele zile în cămine de bătrâni sau spitale.

Aduc cu ei câteva fotografii îngălbenite, dintr-un peisaj pe care nu și-l mai reamintește nimeni, și puține lucruri, pentru marea călătorie.

Mulți nu au pe nimeni. Mulți nu așteapta pe nimeni. Timpul se întinde lung, monoton, șters. Solitudinea îi apropie. Vorbesc despre ei, numai despre ei. În afara lor pământul doarme indiferent.

Pentru bătrânul bolnav, spitalul e o răsturnare a valorilor. Totul îi este străin. Propriile lui coșmaruri sunt amplificate de singurătate. Este singur, chiar dacă are lângă el întreaga familie. Deseori grabită. Au văzut bolnavul, i-au lăsat câteva neconvingătoare fraze de îmbărbătare și pleacă.

Până nu demult, bătrânii plecau dintre noi, așa cum au trăit. Plecau ducând cu ei o lume de amintiri. Cunoșteau ritualurile plecării dincolo, venite din timpuri memorabile. Respectate de toți. Ele asigurau continuitatea satului. Prin ele, sfârșitul devenea doar o clipă din marea nemurire a speciei.

Din păcate, de multe ori bătrânii se simt inutili trăind într-o altă lume, cu alte aspirații. Privesc înapoi descumpăniți. Câtă vreme erau cuprinși în orizontul satului viața se scurgea ca întotdeauna. Cu micile și marile bucurii. Dar satul lor s-a spart în universuri mobile și instabile.

În țările puternic dezvoltate, supraviețuirea bătrânilor bolnavi cere cheltuieli enorme și este o prelungire firească a civilizației noastre.

Nu știu cât va costa supraviețuirea lor în alte zone mai puțin favorizate. Dar știu că în cele mai sărace regiuni ale lumii, supraviețuirea lor nu va costa nimic!

Vom controla oare vreodată îmbătrânirea? Sunt puțini cei optimiști care cred că s-ar putea să vină și acele vremuri.

Majoritatea oamenilor de știință, cred că ne vom apropia tot mai mult de limita maximă a longevității speciei noastre, dar nu o vom depăși.

Prelungirea peste limite, a speranței de viață, ar adăuga societății nenumarate probleme, practic insolubile, asupra cărora nu e locul să insistăm.

Se fac azi nenumarate grefe de organe, de celule tinere, suntem capabili să realizăm “întinerirea în piese detașate” prin înlocuirea organelor bolnave din corpul omenesc. Dar îmbătrânirea nu poate fi oprită! Nu va putea fi oprită pentru că suntem programați genetic la o anumită existență în timp.

MEDICUL GEORG AGRICOLA ȘI CARTEA SA ”DESPRE MINERIT ȘI METALURGIE”

Ing. Aurel PANTEA, ex Consilier-Expert, C.N. REMIN - S.A. Baia Mare

Cartea lui Georg Agricola, intitulată în limba germană „Vom Berg-und Huttenwesen” mit 273 Holzschnitten Deutscher Taschenbuch Verlag G.m.b.H.&Comp.KG Munchen 1994, în limba română Georg Agricola „Despre minerit și metalurgie”, în traducerea inițiată și realizată de Prof. Univ. Dr. Ing. H.C. Brădeanu Nicolae, pe baza licenței acordată de Editura din Munchen, în anul 2002, cu sprijinul Institutului de Cercetări și Proiectări Miniere Baia Mare, a Universității de Nord și a unor sponsori, finalizează traducerea din limba germană și tiparește cartea, în 1000 de exemplare la Editura „Soner Company”, Baia Mare.

După cum specifică, autorul traducerii, după 500 de ani de la nașterea lui Georg Agricola, cartea lui este prima lucrare cuprinzătoare de minerit și metalurgie a timpurilor moderne, prezentându-l pe acesta ca pe un autor clasic al istoriei tehnicii, iar cartea sa, ca pe un document istorico-cultural de prim rang pentru modul de gândire și pentru portretul lumii

din secolul al XVI-lea.

Cartea „De re metallica libri XII”, scrisă de medicul și primarul orașului Chemnitz, Georg Agricola (1494-1555), în limba latină pentru contemporanii săi culți, este primul tratat sistematizat despre minerit și metalurgie și totodată, una dintre primele cărți tehnologice ale timpului modern. Opera, apărută în 1556, era deja, un an mai târziu, tradusă în limba germană literară veche și a fost până târziu în secolul al XVIII-lea manualul de bază pentru minerit și metalurgie.

Georg Agricola-Schiță biografică.

Georg Bauer, care mai târziu s-a numit Georg Agricola, s-a născut la 24 martie 1494 la Glauchau, unde a frecventat școala parohială, iar gimnaziul la Zwickau, unde se presupune ca i-a fost latinizat numele.

La 20 de ani frecventează Universitatea din Leipzig. După terminarea studiilor de filozofie, filologie și teologie, a devenit rector ordinarius, adică subdirector și profesor de limba greacă la marea școală a orașului Zwickau așezat în mijlocul ținutului minier saxon.

Educația clasică dobândită în Leipzig i-a dat posibilitatea ca în societatea preocupată puternic de minerit și profesiunile înrudite, să citească scrierile vechilor autori cu privire la pedagogie și mai târziu și la mineralogie și geologie. Preocupările științifice l-au condus în 1522 înapoi la universitate, unde acum a început să studieze medicina și științele naturale, prioritar medicina, studii pe care le-a absolvit în Italia.

Agricola s-a mutat în 1526 în Sudeți, munții cei mai bogați în argint din toată Europa, la vremea respectivă. „Abia am ajuns acolo, când ardeam de dorința de a cunoaște mineritul, pentru că aproape totul am găsit peste așteptările mele. Un an mai târziu (1527) la sfaturile câtorva prieteni care aveau multă putere de convingere asupra mea, mi-am stabilit domiciliul în Joachimstal” (Agricola, 1546). Aici, sarcina lui profesională, era de medic al orașului. În 1531 părăsește Joachimsthal și 2 ani mai târziu este numit medic al orașului Chemnitz. Devine membru al consiliului local și 4 ani primar al orașului. Încă din timpul studiilor universitare, se legau deja în cercetările sale medicina cu mineralogia, cu intenția să studieze și să folosească medicamente mineralogice având ca baza experiențele din antichitate. Munții deschiși prin minerit, însemnate produse ale naturii, tratate, prelucrate, sortate, curățate și supuse scopurilor omenești, acesta a fost lucrul ce l-a interesat foarte mult. A fost chemat ca expert și consilier minier, în Turingia, Silezia, Moravia și în Harti.

Agricola în foarte scurt timp a scris multe cărți: Despre formarea și legimitatea obiectelor de sub pământ; Primele principii ale geologiei fizicale; Despre ceea ce curge afară din pământ (apă, topituri vulcanice, săruri, etc); Despre izvoarele tămăduitoare; Despre ciumă; Despre vietățile subterane, precum și opera sa principală „De re metallica libri XII”, prin care el a rămas un mare om al științei. A murit la 21 noiembrie 1555 și a fost înmormântat în biserica palatului din Zeitz.

Ce cuprinde cartea „De re metallica libri XII”?

În cele 12 capitole numite „cărți”, Agricola a cuprins tot ce are legătură cu mineritul și procedeele de lucru metalurgice, de la folosirea forței apei și a vântului, până la funcționarea cuptoarelor cu suflante și vetrele cuptoarelor, transportul minereurilor, extracției de metale nobile, sodă, sulf și alaun, pâna la administrație, îndatoririle funcționarilor, și a întreprinderilor miniere, accidente de muncă și bolile minerilor.

Prima carte (capitol): Despre profesiunea de miner și metalurg și folosul ei.

A doua carte: Despre succesul mineritului,

Cartea a treia: Despre filoane, crăpături ale filoanelor și straturi de rocă.

Cartea a patra: Despre câmpurile miniere și despre funcțiile minerilor.

Cartea a cincea: Despre deschiderea și abaterea zăcămintelor și despre topografie.

Cartea a șasea: Unelte de lucru, scule și mașini. În partea finală scrie despre cazurile de accidente și boli ale minerilor și de mijloacele prin care ei se pot feri de ele.

Vom prezenta succint câteva extrase, așa cum sunt ele redată în traducere.

„Trebuie să punem o mai mare valoare pe păstrarea sănătății decât pe câștig, pentru ca

să putem cu forțele corpului nostru să ne îndeplinim munca. Din cauza accidentelor, unii își vatămă membrele, alții își îmbolnăvesc plămânii, alții ochii și în fine unele omoară oamenii.

Apa care în unele puțuri se găsește în cantități mari și este chiar rece, îmbolnăvesc pulpele, fiindcă răceala este dușmanul mușchilor. Pe de altă parte există mine, care sunt atât de uscate, încât această uscăciune aduce muncitorilor un rău și mai mare. Praful care este produs la executarea muncii în mina și este ridicat în vârtej, ajunge în trahee și în plămâni și produce greutate în respirație și o boală pe care grecii o numesc astma. Când boala primește forța de distrugere, aduce plămânii la puroiere și produce în corp tuberculoza.

În minele din Carpați se găsesc femei care au avut șapte bărbați, pe care pe toți i-a secerat acea tuberculoză nevindecabilă.

Apoi de asemenea vremea rea produce greutate în respirație în puț sau galerie. Împotriva se folosesc mașini de aeraj (foale). Există însă încă un alt rău vătămător, care aduce ușor omului moartea. În puțuri, în abataje în care duritatea rocii este învinsă prin aprinderea focului, aerul este îmbibat cu otravă. Filoanele, dărâmurile de rocă și golurile din rocă emană un gaz subțire care prin puterea focului este împins afară din minereuri și alte minerale, el este ridicat în vârtejuri cu fumul, tot așa ca și fumul din metalurgie, care în cazul metalurgiei metalelor se agață de părțile pereților care sunt mai sus. Când gazul nu poate să iasă din pământ ci coboară în jompuri, el generează pericole. Dacă apa este mișcată prin căderea unei pietre sau alte cauze, gazul evadează din aceste jompuri și atacă oamenii la inspirație.

Minerii prevăzători și isteți aprind vineri seara focurile pentru extragerea minereurilor și nu mai intra din nou în puțuri sau galerii înainte de luni. Între timp dispare forța gazului.

Unele mine produc de la sine gaze și emană aer otrăvitor, tot așa unele grămezi de cristale ale filoanelor conțin adesea aer greu, aer rău.

Uneori muncitorii se răstoarnă de pe secțiunea umbletei și își fracturează mâinile, picioarele și gâtul, sau se și îneacă dacă cad în jomp.

În afară de acestea se prăbușesc de asemenea și mine, și oamenii sunt îngropați sub dărâmături mari prin prăbușire. Când odinioară la Rammelsberg de lângă Goslar s-a prăbușit mina, conform cronicii, în dărâmături trebuie să fi murit așa mulți oameni, că într-o singură zi le-au fost răpiți bărbații la patru sute de femei.

Pentru ca pietrele care se desprind și cad, să nu strivască membrele, minerii trebuie să asigure prin armarea necesară, puțurile, galeriile de coasta și galeriile de transport, etc”.

Cartea a șaptea: Esența încercării (probării minereurilor).

Cartea a opta: Despre pregătirea minereurilor prin topire.

Cartea a noua: Despre cuptoarele de topire și procedeul de extracție a metalelor.

Cartea a zecea: Despre separarea metalelor nobile, cupetația și afinarea argintului.

Cartea a unsprezecea: Despre desargintarea cuprului negru și a fierului.

Cartea a douasprezecea: Despre săruri și sticlă.

Capitolul adăugat „Despre vietățile subterane”, se referă la ceea ce anticii și mai ales Aristotel, credeau că știu despre vietățile care trăiesc în pamânt.

Retipărirea primei ediții apărute în 1977, de către Editura Deutscher Taschebuch Verlag, redă traducerea din limba latină a primei ediții așa cum a fost ea expusă complet prima dată în 1928, inclusiv 273 de splendide gravuri în lemn și literele inițiale ale originalului.

Apariția cărții lui Georg Agricola „De re metallica libri XII” în 1556 a contribuit mult la dezvoltarea tehnicii miniere în Europa.

Cartea lui Georg Agricola pomenește de mai multe ori mineritul și metalurgia din Dacia. Înaintașii noștri care au condus activitatea minieră din bazinul Baia Mare și-au procurat un exemplar original din această carte tradusă în limba germană în 1557 după originalul scris în limba latină de Agricola în 1556 și se găsește la Muzeul Județean Maramureș. Cartea lui Georg Agricola a fost tradusă până acum în 13 limbi ale țărilor care au industrie minieră.

Cartea, în limba română Georg Agricola,, Despre minerit și metalurgie” în traducerea

inițiată și realizată de Prof. Univ. Dr. Ing. H. C. Brădeanu Nicolae, 586 pagini, se poate procura din librării, se poate citi la marile biblioteci și este detinuță și de un număr mare de ingineri din minerit și personal didactic universitar.

Despre autorul traducerii.

Eminentul Profesor Univ. Dr. Ing. H. C. Nicolae Brădeanu, s-a născut la 12 aprilie 1921, în comuna Beliu, județul Bihor, în prezent județul Arad, din părinți agricultori.

Dupa absolvirea Liceului „Samuil Vulcan”, Beiuș- Bihor, a fost admis la Politehnica din Timișoara. Pe baza notelor din liceu și din primul an de facultate, statul Român i-a acordat o bursă pentru studii în Germania la Academia de Mine din Freiberg, pe care a absolvit-o cu succes.

Sosit din Germania după terminarea studiilor, Ing. N. Brădeanu este angajat la Exploatarea Valea Roșie-Baia Mare, unde în foarte scurt timp s-a remarcat prin măsurile întreprinse ca excelent specialist și foarte apreciat de directorul general al Societății MINAUR S.A Minele de Aur ale statului din Baia Mare și împrejurimi (1944-1947). În anul 1946 este promovat Șef al Exploatării Miniere Cavnic. Odata cu naționalizarea din 1948, șef al Exploatării este numit un muncitor, dar conducerea tehnico-organizatorică este exercitată în continuare până la 01.04.1949, tot de către Ing. N Brădeanu, când este transferat la Direcția din Baia Mare pentru activitatea de studii și perspective.

Datorită priceperii, elanului său tineresc și sprijinului pe care l-a primit din partea Conducerii Societății Miniere, în condițiile existente în urma războiului, a contribuit substanțial la redresarea mineritului din Cavnic, Baia Sprie, Băiuț, Dealu Crucii, Valea Roșie.

Temeinica pregătire profesională, afirmată în activitatea celor mai grele exploatări miniere din bazinul Baia Mare, atât în funcții de execuție cât și de conducere, au atras aprecierea unanimă asupra capacității și priceperii acestuia, încă din frageda tinerețe.

Experiența câștigată prin muncă, perseverență și studiile făcute, au fost mai apoi de un real folos generațiilor de studenți, ingineri, absolvenți de la Universitatea Petroșani și Universitatea de Nord Baia Mare. Mașinile și instalațiile miniere devin preocuparea de bază, domeniu, în care a obținut și titlul de doctor în științe inginerești, a devenit Șeful Catedrei de mașini și instalații miniere la Universitatea Petroșani, a scris și publicat lucrarea „Instalații pneumatice miniere”, București, Editura Tehnică, 1976. A obținut titlul de Profesor universitar, o perioadă a exercitat și funcția de Decan. La vârsta de 70 de ani se pensionează la Universitatea de Nord Baia Mare, unde a exercitat în continuare, potrivit statutului personalului didactic, funcția de Profesor consultant. În decursul anilor a elaborat și publicat un mare număr de lucrări științifice pe care le-a publicat în diverse reviste de specialitate

Traducătorul cunoscând limba germană, a contribuit la întocmirea unei lucrări ce depășește cu mult limitele unei traduceri, realizând o lucrare în care contribuția sa originală este evidentă prin adnotările, abrevierile și explicațiile aduse textului din limba germană. În acest mod, redă, literaturii de specialitate o lucrare a cărei importanța tehnică și istorică este de netăgăduit. A decedat la 22 iulie 2010, în orașul Baia Sprie. Exprimam pe această cale, recunoștința pentru cel ce a fost conjuțețeanul, profesorul, specialistul de înaltă ținută, care s-a bucurat de un binemeritat prestigiu în țară și străinătate.

Bibliografie:

Georg Agricola „Despre Minerit si Metalurgie,, Traducere din limba germana, Nicolae Brădeanu, Editura Soner Company, Baia Mare, 2002.

UTILITATEA DOSARULUI ELECTRONIC DE SĂNĂTATE ÎN MEDICINA MUNCII DIN PERSPECTIVA ANGAJAȚILOR

*Triff Dorin, medic primar Medicina Muncii,
Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare*

INTRODUCERE

Cunoscându-se avantajele oferite de utilizarea suportului electronic pentru informația medicală, în țări avansate din punct de vedere economic precum SUA și Australia, au fost elaborate strategii naționale de implementare accelerată a Dosarului Electronic de Sănătate. În România, Ministerul Sănătății are în derulare pentru furnizorii de servicii de medicina muncii proiecte care vizează dezvoltarea platformei informatice interoperabile a bazelor standard de date pentru un management integrat al sănătății ocupaționale și mediului de muncă (1).

Angajatorii, contractanți și beneficiari indirecti ai serviciilor medicale de medicina muncii ca și angajații, pot influența adoptarea Dosarului Electronic de Sănătate la nivelul unei unități socio economice (2) . Există studii referitoare la percepția angajaților, diferită în funcție de caracteristicile individuale precum vârstă, sex, studii, nivel de utilizare a calculatorului, asupra implementării în practica medicală a Dosarului Electronic de Sănătate la nivelul spitalelor (3).

MATERIAL ȘI METODĂ

Studiul a fost realizat prin completarea unui chestionar, de către angajați, dintr-un eșantion în care au intrat 4 spitale, o unitate din domeniul metalurgiei, 2 unități din domeniul confecțiilor textile respectiv încălțăminte, o unitate din silvicultură, o unitate din domeniul prelucrării lemnului, o unitate din domeniul alimentar având ca obiect producția și comercializarea cărnii, o unitate având ca obiect fabricarea subansamblurilor electronice, o unitate din domeniul de prestări de servicii în telecomunicații, 2 unități care prestează lucrări de instalații electrice, o unitate de consultanță tehnică. Având o proporție de răspuns de 79,65% din cele distribuite, au fost completate un număr de 1292 chestionare.

Întrebările care au vizat angajații s-au referit la caracteristicile acestora legate de vârstă, sex, domiciliu, profesie, funcție în unitate, nivelul de venit pe membru de familie, nivelul studiilor, nivelul de pregătire în utilizarea calculatorului, cunoașterea semnificației termenului de Dosar Electronic de Sănătate, vechime în unitate, ocupație și loc de muncă. S-a urmărit dacă aceste caracteristici ale angajaților influențează opinia lor în ansamblu asupra avantajelor respectiv a temerilor legate de utilizarea DES în practica medicinei muncii. A 13-a întrebare s-a referit la efectul pe care consideră că-l va avea utilizarea Dosarului Electronic de Sănătate în practică.

Întrebările 2, 3 de precizare a sexului respectiv a domiciliului urban sau rural sunt prin alegerea răspunsului între cele 2 variante posibile.

S-a urmărit distribuția variabilelor în vederea alegerii testelor statistice adecvate. În acest sens răspunsurile la întrebări au fost codificate.

Întrebarea	Răspunsul
9. Nivelul de venit pe membrul de familie	A) Sub 700 RON, B) între 700 RON și 2000RON, G) între 2000 RON și 4000 RON, D) Peste 4000 RON
10. Nivelul studiilor	A) Ciclul primar, B) Ciclul gimnazial, C) Școală profesională, D) Liceu, E) Școală postliceală, F) Studii superioare,
11. Care este nivelul Dvs de pregătire în	- Nu am utilizat niciodată un calculator, B) Cunosc comenzile uzuale, pot să editez texte, să printez,

utilizarea calculatorului	C)Utilizez calculatorul frecvent, este principalul meu mijloc de informare, prin internet D)Nu sunt interesat de utilizarea unui calculator E) Nu doresc să răspund
12. Cunoașteți ce semnifică termenul de dosar electronic de sănătate	A) Nu și nici nu mă interesează, B)Nu dar aş dori să aflu, C)Da
13. Considerați că utilizarea dosarului electronic de sănătate de către medicul de medicina muncii va	<ul style="list-style-type: none"> ▪ îmbunătăți supravegherea sănătății Dvs la locul de muncă ▪ crește durata consultației fără efect asupra diagnosticului ▪ crește riscul ca datele personale să ajungă la persoane străine ▪ conduce la o mai bună supraveghere a tuturor afecțiunilor de care suferiți transmițând prin internet datele la alți medici <p>E) permite angajatorului să amelioreze condițiile de muncă ale angajaților F) nu va aduce schimbări</p>

Datelor obținute din întrebările referitoare la vârstă, vechime în unitate, ocupație, loc de muncă, nivelul de venit pe membru de familie, nivelul studiilor, nivelul de utilizare al calculatorului, cunoașterea semnificației termenului de Dosar Electronic de Sănătate, tipul de informații din Dosarul Electronic de Sănătate li s-a aplicat corelația Spearman a rangurilor. Recodificarea variabilelor la întrebarea a 13-a care are mai multe variante de răspuns, prin varianta Da/Nu echivalentă cu 1/0, a permis aplicarea testului Mann-Whitney în vederea stabilirii ulterioare de corelații între variabile.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Raportul respondenților în funcție de sex este de 57,9% femei și 42,1% bărbați. Din lot 81,3% au domiciliul urban restul de 18,7 având domiciliul rural.

Întrebarea	Număr de răspunsuri	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
VARSTA	1289	40,40	9,304	10	69
Vechimea ca angajat in unitate în ani împliniți	1240	14,36	10,029		40
Vechimea în ocupația prezentă în ani împliniți	1228	14,23	10,142		41
Vechimea la actualul loc de muncă în ani împliniți	1220	12,33	9,662		40
Nivelul de venit pe membrul de familie	1209	856,99	676,723	350	5000

Răspunsul la întrebările 6,7, 8 se corelează pozitiv între ele. Nivelul de studii al angajaților se corelează negativ cu vârsta și durata în ocupație.

Corelația Spearman

		6.	7	8
6. vechimea în unitate	Correlation Coefficient	1,00 0	,773**	,821**
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000
7. vechimea în ocupație	Correlation Coefficient	,773**	1,00 0	,793**
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000
8. vechimea la locul de muncă actual	Correlation Coefficient	,821**	,793**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.
		,946	,096	,552

Cu cât vârsta angajaților sau durata în ocupație este mai mare, angajații respectivi au

nivel de studii mai scăzut.

Correlations Spearman's rho

		VARST A	6.	7	8	10
- VARST A	Correlation Coefficient	1,000	,658**	,656**	,552**	-,097**
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,001
6. vechimea în unitate	Correlation Coefficient	,658**	1,000	,773**	,821**	-,066*
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,022
7. vechimea în ocupatie	Correlation Coefficient	,656**	,773**	1,000	,793**	-,081**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,005
8. vechimea la locul de muncă actual	Correlation Coefficient	,552**	,821**	,793**	1,000	-,094**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,001
	Sig. (2-tailed)	,419	,121	,022	,254	,000
10. nivelul studiilor	Correlation Coefficient	-,097**	,066*	,081**	,094**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,001	,022	,005	,001	.

Nivelul de studii se corelează bine cu veniturile și cu nivelul de utilizare al calculatorului.

		9	10	11	12
9. nivelul de venit pe membru de familie	Correlation Coefficient	1,000	,470**	,355**	,194**
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000
10. nivelul studiilor	Correlation Coefficient	,470**	1,000	,594**	,328**
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000
11. nivelul de utilizare al calculatorului	Correlation Coefficient	,355**	,594**	1,000	,392**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000

Efectul utilizării Dosarului Electronic de Sănătate în practică, reliefat de răspunsurile întrebării 13 este urmărit prin prisma caracteristicilor angajaților legate de vârstă, respectiv vechimea în unitate, în ocupație, și la locul actual de muncă, nivelele de venit pe membru de familie, al studiilor, al cunoașterii semnificației Dosarului Electronic de Sănătate.

Mann-Whitney Test

13A-DES va îmbunătăți supravegherea sănătății Dvs la locul de muncă		Numărul	Mean Rank	Sum of Ranks
1. VARSTA	0	819	605,38	495808,00
	1	370	572,02	211647,00
	Total	1189		
6. vechimea în unitate	0	797	580,53	462679,50
	1	351	560,82	196846,50
	Total	1148		
7. vechimea în ocupatie	0	791	580,06	458830,50
	1	351	552,20	193822,50
	Total	1142		
8. vechimea la locul de muncă actual	0	787	576,73	453886,00
	1	348	548,26	190794,00
	Total	1135		
9. nivelul de venit pe membru de familie	0	784	557,72	437254,00
	1	341	575,13	196121,00
	Total	1125		
10. nivelul studiilor	0	806	560,10	451438,50
	1	357	631,45	225427,50
	Total	1163		

11. nivelul de utilizare al calculatorului	0	799	571,32	456487,00
	1	360	599,26	215733,00
	Total	1159		
12. Semnificația DES	0	815	592,64	482998,00
	1	364	584,10	212612,00
	Total	1179		

Test Statistics	1	6	7	8	9	10	11	12
Mann-Whitney U	143012,000	135070,500	132046,500	130068,000	129534,000	126217,500	136887,000	146182,000
Wilcoxon W	211647,000	196846,500	193822,500	190794,000	437254,000	451438,500	456487,000	212612,000
Z	-1,552	-,929	-1,318	-1,350	-,947	-3,429	-1,394	-,457
Asymp. Sig. (2-tailed)	,121	,353	,187	,177	,344	,001	,163	,648

CONCLUZII

Pentru faptul că prin utilizarea Dosarului Electronic de Sănătate va rezulta o mai bună supraveghere medicală prin creșterea comunicării de date, raportată la aceleași caracteristici ale angajaților, s-au găsit corelații pozitive semnificative din punct de vedere statistic cu nivelul de venit pe membru de familie, nivelul general de studii, de pregătire în utilizarea calculatorului și de cunoaștere a semnificației termenului de Dosar Electronic de Sănătate. Ameliorarea condițiilor de muncă ale angajaților ca urmare a utilizării Dosarului Electronic de Sănătate nu duce la corelații semnificative statistic cu grupul precedent de variabile luat în calcul. Angajații diferențiază utilitatea adusă în general de Dosarul Electronic de Sănătate în domeniul Medicinii Muncii de aplicarea în practică, la locurile de muncă, a politicilor de securitate și sănătate care depinde practic în primul rând de fiecare angajator.

În schimb afirmația că utilizarea Dosarului Electronic de Sănătate nu va aduce schimbări, este negată doar cei ce cunoșteau semnificația termenului de Dosar Electronic de Sănătate având și un nivel mai ridicat de utilizare al calculatorului.

Cunoașterea acestor caracteristici ale angajaților ce pot influența adopția Dosarului Electronic de Sănătate în cadrul unităților socio economice și care de fapt pot fi modificate, sunt importante, în condițiile existenței unor proiecte ce vizează implementarea Dosarului Electronic de Sănătate în cadrul serviciilor de medicina muncii. Ținând cont de cerințele legale referitoare la informațiile medicale, în condițiile bazelor de date distribuite, conectate prin internet, opiniile angajaților referitoare la riscurile și beneficiile aduse de utilizarea Dosarului Electronic de Sănătate, au o mare importanță.

BIBLIOGRAFIE

(1) Proiectul TF 2007/19343.03.01 "Asistență tehnică spre interoperabilitate a furnizorilor de servicii de medicina muncii pe baze standard de date", 15 dec. 2009 – 15 dec. 2010; Unitatea de Implementare și Coordonare Programe din cadrul Ministerului Sănătății, disponibil URL: <http://www.ms.ro/?pag=164&id=8132>

(2) Legea nr. 319 din 14 iulie 2006 - Legea securității și sănătății în muncă. Monitorul Oficial, Partea I nr. 646 din 26 iulie 2006.

(3) Anna Marie Høstgaard, Christian Nøhr, Dealing with Organizational Change when Implementing EHR Systems, Amsterdam: IOS Press, © 2004 IMIA

PROCESELE DEGENERATIVE

Dr. Iosif Anderco
Seini

O curiozitate imensă mă preocupă să reflectez asupra faptului: Se întâmplă în unele stări patologice cronice pe care nu le putem trata definitiv, și produc o stare dureroasă care durează ani de zile. Un astfel de fenomen ni se prezintă prin procesele degenerative din organism.

De mult timp am reflectat asupra inflamațiilor aseptice, care se pot produce după explozii de EP (energie psihică), iar mai nou mă preocupă mai ales efectul hormonului de sex opus, care de asemenea poate produce inflamații aseptice dacă nu se găsesc microbi pe care ar trebui să-i anihileze procesul pe care l-a declanșat.

Procese degenerative întâlnim la articulații, musculatură, organele interne, etc. O parte din aceste degenerări se explică cu vârsta, dar și în aceste cazuri procesele aseptice premergătoare au declanșat și au permanentizat procesul.

Marea majoritate a oamenilor mor în detalii (în „rate”), numai în cazul morții subite nu este valabilă această constatare. Trecerea în „rate” se poate observa, în numeroase cazuri pe parcursul vieții: 1. Dantura se deteriorează; 2. Părul cade; 3. Vederea slăbește; 4. Auzul devine problematic; 5. Pielea se atrofiază; 6. Mai multe organe interne trec prin faze degenerative; 7. Se produc varice, hemeroizi; 8. Funcțiile sexuale se blochează; 9. Se produc procese degenerative în sistemul locomotor, sistemul nervos ș.a.

Procesele degenerative pot avea debutul oriunde în organism. Cel mai frecvent încep cu inflamațiile aseptice produse de către hormonul de sex opus, o parte mai mică are origine în exploziile de EP. Cu timpul structurile se distrug în tot mai mare măsură: țesutul cartilajinos, tendoane, mușchi, vase sangvine, etc. Însuși îmbătrânirea are la bază degenerările țesuturilor organismului în timp mai scurt sau mai lent.

Viața are două legi de bază:

- Formarea, construirea și întreținerea corpului în permanență.
- Autoidentitatea. Orice produs degenerativ atinge și idnetitatea.

Procesele degenerative în structuri sunt formate permanent de către viață, în cadrul construirii și formării corpului – când survine un proces de inflamație aseptică. Funcția centrului energetic Venus de întreținere și construirea corpului durează toată viața în forma fiziologică, dar când intervine ca o acțiune a hormonului de sex opus inflamația aseptică, această funcție permanentă se modifică, devine cronică. Dacă în acest proces și viața are un rol, atunci și dotarea cu este influențată. Cele nouă puncte înșirate mai sus, toate sunt și a schimbării autoidentității. Procesul de degenerare este numitorul comun care caracterizează schimbarea autoidentității.

Simptomul ce se observă cel mai precoce în degenerări este durerea. Durerea cronică este provocată de către inflamația aseptică – din partea hormonului de sex opus – care în ani de zile va atinge ramificațiile mici ale nervilor senzitivi, proces ce se va exprima prin dureri și la excitații normale. Aceasta se va manifesta paralel cu construirea – întreținerea corpului.

Ce este îndărătul durerilor cronice? În ansamblu trebuie să ne gândim la degenerarea terminațiilor nervoase senzitive, care în ani de zile va fi tot mai accentuat. Nervul degenerat este încă viu, dar inflamația cronică nu regresează, devine cronică. Această inflamație aseptică patologică poate să se propage și asupra vaselor sangvine, mai ales pe vene, dar atinge structurile cartilajinase, tendoanele, musculatura și frecvent și organele interne. Din experiența practică se poate observa că procesul degenerativ, în cursula anilor, va ajunge într-o stare, care va face aproape de nesuportat viața, îl chinuiește pe bolnav, (dar procesul nu este alt tip de viață – adică cancer). Terminațiunile nervoase s-au transformat în

epave, tot corpul va fi dureros, iar aceste epave sunt încă vii, numai că îl împiedică pe bolnav să se miște, să doarmă, i-au distrus existența.

În geneaza durerilor, în mod acut exploziile EP au un rol important (Maramureșul Medical nr. 28/2007). Și exploziile EP au declanșat inflamația aseptică, iar prin procesul de patogeneneză conexială inflamația se extinde, autoidentitatea se deteriorează. Dacă este problemă și cu aprovizionarea de EP, pe această patogenie conexială o mai agravează. S-a văzut că construirea și întreținerea permanentă a corpului are perioade pozitive și negative. Faza negativă poate exprima și un proces degenerativ.

Cu stări degenerative bolnavul poate supraviețui timp îndelungat, se va obișnui cu situația și se va adapta cu acest trai, dar medicul practician trebuie să precizeze faza actuală a degenerărilor.

După experiență, inflamațiile aseptice cronice sunt produse mai frecvent (și sunt menținute) de către hormonii de sex opus. Efectul hormonului de sex opus rămâne în cadrul autoidentității, dar în cadrul acestuia va produce o stare alterată. Hormonul de sex opus ar trebui să aibă efect contra a ceva străin, care este microbul. Dacă sunt prezenți microbii, atunci efectul microbului de sex opus depășește granița stabilită de programul genetic, se va instala inflamația aseptică, care va menține stările aseptice.

Între procesele degenerative producerea de varice la membrele inferioare este unul dintre cele mai răspândite forme (din cadrul construirii și întreținerii permanente a corpului). Varicele și staza venoasă abdominală se pot lua ca exemple (de pildă) în interpretarea fenomenelor degenerative.

Varicele membrelor inferioare pot să apară la indivizii tineri, și starea permanentă se intensifică. Este o creștere mai deosebită după sarcină. Starea de predispoziție poate să fie familială, iar exprimarea se va manifesta vizibil pe parcurs în cadrul construirii-formării corporale permanente. Dar tendința congenitală nu înseamnă boală, aici trebuie să fie prezenți și factorii locali, prin modul de viață, care influențează avansarea degenerării. Aici se pot lua în considerare toți factorii ce pot produce stări degenerative: exploziile EP, insuficiența la receptorii EP, efectul hormonului de sex opus, lipsa de oxigen la nivelul membrelor inferioare, dar sunt prezenți aici și lipsa factorilor informaționali, unele forme premergătoare din regnul vegetal nu va fi prelucrat în organism de natură funcțională. Dinspre acestea pornesc inflamațiile aseptice, apoi durerile, ca să progreseze în cerc vicios al patogenezii conexiale.

Staza venoasă abdominală (la care frecvent se asociază hemoroizii) nu neapărat se produce astfel, dar inflamația aseptică este prezentă și acolo. La staza venoasă abdominală și lipsei de oxigen îi revine un rol mai mare în formarea fenomenelor degenerative. (Aici mă refer la cele menționate în sindromul de disconfort abdominal, din numărul 31 al revistei Maramureșul Medical).

Organismul viu este o unitate care se formează și se construiește permanent. Fiecare om este o altă lume, și în această lume sunt puncte de sprijin pe care trebuie să le luăm în considerare. Sunt bolnavi problematici, la ei trebuie interpretate cele amintite anterior și astfel privită viața lor. Sunt oameni care de altfel sunt complet sănătoși, dar la membrele lor se pot observa semnele varicelor incipiente. Deși la oamenii sănătoși, prin funcția formării corporale permanente se pot observa semne de degenerare.

Cu vârsta se întâlnesc tot mai multe procese degenerative pe care medicul trebuie să le observe, trebuie să le caute, și în cazul simptomatologiei problematice și pe acestea să le ia în considerare. Manualele serioase recunosc doar bolile descrise obiectiv din toate părțile. În viață însă, se găsesc la fiecare om și fenomene ciudate. În cazul degenerării cronice, cu deformări, nu se poate aștepta o regenerare completă.

Degenerări mai reduse se pot întâlni la vârste relativ tinere. Bolnavul, care este un om, practic nu vrea să observe simptomatologia mai redusă, nici nu se gândește la aceasta pe parcursul unei zile de lucru, dar aceasta există și încet, încet progresează.

Am arătat că omul moare în „rate”. Medicul practic se întâlnește zilnic cu forme ciudate

de boală, care reflectă micile schimbări – modificări ale vieții. Pe aceste fenomene noi, și datele care-l caracterizează doar pe bolnavul examinat, medicul trebuie să le observe și să le urmărească pe parcurs. Medicul practicant ar trebuie să se obișnuiască a se apropia dinspre viață spre bolnav și boală, și procesul acesta va fi o stare care este o permanentă schimbare – formare.

Cum bolnavul nu ia în considerare varicele incipiente, la fel se întâmplă și cu alte degenerări. Bolnavul ia un calmant și scapă de micile neplăceri, își bea cafeaua în societatea obișnuită, unde convorbirile zilnice îl mai relaxează, dar pe parcursul anilor toate se adună, sistemul informațional al organismului le va centraliza pe toate și va aduce la cunoștința bolnavului numai schimbările radicale. Medicul însă, trebuie el însuși să caute schimbările, semnele degenerative, exprimările schimbării autoidentității.

Așadar trebuie așezate în cadrul construirii – întreținerii permanente a corpului și procesele degenerative. Sunt bolnavi pe care toate-i dor, sunt astmatici, palizi, scad în greutate. Trebuie exclusă orice boală obiectivă (și mai ales posibilitatea unei tumori în cadrul schimbării modului de viață). Trebuie căutat apoi un numitor comun: Care sunt cauzele durerilor? Durerea trebuie să înceapă la terminațiile senzitive nervoase. Aceste ramificații mici de nervi încep să se degereze după solicitarea îndelungată, dar încă sunt vii. Cauza acestui proces trebuie să fie ceva din corp: un fel de influență toxică, care poate să provină din propriul organism, dacă în metabolism sunt tulburări de așa natură care blochează procesele fiziologice a unor faze.

Cât de mică este granița dintre producerea proceselor degenerative și între schimbarea tipului de viață (cancer). Ce determină faptul că nu s-a produs schimbarea calitativă?

În producerea degenerării structurilor durerea are rolul principal (ca urmare a inflamațiilor aseptice), astfel afectivitatea va da direcția procesului în care nu se schimbă modul decalnșărilor de viață.

Deci: pentru ce nu s-a realizat schimbarea calitativă? În producerea degenerărilor, rolul principal al toxinelor, efectul lor și consecutiv inflamațiile aseptice. Despre aceasta a fost vorba în articolul despre disconfortul abdominal. În cazul schimbării tipului de viață s-a schimbat necesitatea cantității de EP.

Cum reacționează toxinele pe parcursul degenerării structurilor? Toxinele își desfășoară acțiunea lor din mai multe părți: 1. Blochează producerea de receptori EP, adică se vor produce receptori EP de slabă calitate. 2. Blochează formarea completă a factorului informațional în ficat. 3. Blochează formarea apei vii moleculele funcționale. 4. Produce și întreține inflamații aseptice (proces în care are rol și hormonul de sex opus). Toți acești factori contribuie la apariția durerii și persistența continuă a ei. Unde durerea este în prim plan, acolo în general nu se produce viață de alt tip (adică cancerul).

La majoritatea oamenilor, corpul este inundat în permanență de toxine, cauza acesteia, este că metabolismul nu se produce pe căile fiziologice, digestia este împiedicată, abdomenul incomod îl necăjește pe om. Această stare poate dura ani de zile, organismul va realiza foarte multe compensări, mai ales cu funcția de detoxifiere a ficatului. Cu această funcție de compensare, pe parcurs se va epuiza și ficatul, tot mai multe structuri vor degenera, stare ce va contribui la deteriorarea autoidentității. Ar fi foarte folositor ca în astfel de cazuri reducerea împovărării ficatului și grija pentru detoxifierea lui. În astfel de cazuri Iuliu Hațieganu a considerat ca fiind miraculoasă cura de post și odihnirea generală a organismului.

În această etapă a învăluirii cu toxine a organismului se va produce degenerarea ramificațiilor senzitive a nervilor, care în ani de zile va ajunge într-o fază finală. În această perioadă și inflamațiile aseptice persistă, iar hormonul de sex opus își are rolul lui.

Toxinele, ramificațiile senzitive ale nervilor trebuie în primul rând să le sesizeze, probabil și prin inflamația aseptică. Bolnavul în această stare se va prezenta la medic cu diferite manifestări: reacții de panică, amețeli, senzații de arsuri în diferite regiuni, diferite dureri care devin permanente. Bolnavul nu poate comunica limpede suferințele, esența acestor stări trebuie să o perceapă medicul. Bolnavii vor primi un oarecare tratament, după

care durerile lor se vor ameliora sau nu. În general, un timp, durerile se ameliorează spontan, durerea scade, starea generală devine mai bună, dar modificările structurilor persistă. Motivul ameliorărilor poate să fie multiplu: sau a postit, sau a primit medicamente și alimente neoxidante, sau boala spontan a intrat în faza latentă, dar după ce bolnavul se simte mai bine își va relua din nou la modul de viață anterior: Alimente dăunătoare, alcool, stress etc, după care boala se va instala din nou ca înainte sau într-o formă mai gravă.

Până când bolnavul a ajuns în starea de dureri permanente, a decurs o lungă perioadă de timp, l-a chinuit abdomenul incomod. Cauza acestor dureri este lipsa de EP corespunzătoare pe care organismul nu a fost în stare să o fabrice, dar și inflamația aseptică a persistat perioade lungi, prin funcția hormonului de sex opus, care ar fi trebuit să anihileze o infecția ce nu a existat.

Multă vreme trebuie să mai așteptăm până când EP se va putea dirija în organism. Aparatul care va reuși să facă aceasta, va face prompt un miracol cu bolnavul, cel care va părăsi spitalul va fi cu totul un alt om decât la sosire. Medicul întâlnește frecvent stări degenerative. Manualele încă nu au rezolvat această problemă. Pornirea trebuie să înceapă din faza actuală. Polinevrie și polineuropatii am întâlnit deja iar cu acestea se ocupă psihiatrul sau neurologul, deși și internistul ar avea nevoie de interpretarea fenomenului. În astfel de cazuri trebuie să presupunem existența toxinelor în organism, care în general sunt toxine proprii, se produc în corp și nu sunt neutralizate de către ficat. Detoxifierea organismului trebuie să fie prima sarcină. Pentru aceasta se poate recurge la cura de post pe un timp scurt, și în acest răstimp să fie asigurate lichide suficiente, în care să fie prezenți premergătorii apei vii și ale factorilor informaționali care provin din legume și fructe. Procesele degenerative au relații strânse și cu astenia, frecvent se asociază aceste două fenomene.

Degenerările în perioade scurte nu produc schimbarea autoidentității, dar după o perioadă prelungită pot atinge autoidentitatea. În procesele degenerative nu se produce schimbarea tipului de viață (care este asociat cu cancerul). În degenerări sunt schimbări morfologice, mai ales la aparatul locomotor, dar și în organele interne. Procesele degenerative, cum am mai pomenit sunt avanpostul morții, cuprind procese de modificări structurale, din care bolnavul va observa durerile și astenia.

Rezumatul sintetic despre procesele degenerative

Sunt procese cronice, unde bolnavul sesizează durerea, astenia, deficitul funcțional și modificările structurale;

Ce stă îndărătul proceselor degenerative? Inflamația aseptică începând de la sistemul locomotor până la organele interne, ramificații senzitive nervoase, vase sangvine, mai ales vene, sistemul nervos central;

Inflamația aseptică în mod acut poate proveni din exploziile de EP. Mai frecvent se observă în mod cronic, ca rezultate al funcției hormonului de sex opus.

Inflamațiile aseptice cronice vor atinge și autoidentitatea ceea ce va afecta profund starea generală, dar majoritatea cazurilor nu produce schimbarea tipului de viață (cancer).

URTICARIA COLINERGICĂ

Dr. Gabriela HIRIAN
Baia Mare

Denumită și urticarie generalizată la căldură, reprezintă aproximativ 7% din cazurile de urticarie, întâlnindu-se mai frecvent la adultul tânăr. Declanșarea simptomatologiei apare ca urmare a creșterii temperaturii corporale interne, întâlnite în cazul unui efort fizic sau a încălzirii pasive a acestuia (baie sau duș fierbinte, stress emoțional, consumul de alimente calde, picante sau băuturi alcoolice). Poate coexista la același pacient cu alte tipuri de urticarie (urticarie la frig, dermatografism, urticarie aquagenică, angioedem vibrator, anafilaxie indusă de efort).

TABLOU CLINIC

Urticaria colinergică se caracterizează prin apariția de micropapule (1-3 mm) intens pruriginoase, înconjurate de eritem, în special la nivelul tegumentului gâtului, brațelor și toracelui superior. Aceste leziuni se pot extinde cuprinzând întregul tegument sau pot conflua imitând un angioedem. Pot apare asociat simptome caracteristice stimulării colinergice (hipersalivație, hiperlăcrimare, diaree), iar în cazuri severe se pot întâlni: grețuri, amețeli, cefalee, crampe abdominale, respirație șuierătoare (wheezing), sincopă.

DIAGNOSTIC

În orientarea spre un diagnostic pozitiv un rol important îl ocupă anamneza detaliată. La pacienții cu un istoric sugestiv, confirmarea diagnosticului se bazează pe efectuarea testelor de provocare. Unul dintre aceste teste se efectuează prin introducerea întregului organism în apă caldă la temperaturi de 40-45°C timp de 10-20 min. În cazul anafilaxiei la efort (ce necesită diagnostic diferențial cu urticaria colinergică severă) acest test este negativ. Testul de provocare prin efort constă în efectuarea unui efort timp de 10-15 min în cameră încălzită (30°C) pe bicicletă sau prin alergare pe banda. Testul de efort se poate efectua și prin alergare aproximativ 30 minute. Testele anterior menționate provoacă apariția leziunilor caracteristice la aproape 100% dintre cazuri.

Leziunile caracteristice urticariei colinergice pot fi reproduse prin testul intradermic farmacologic. Acesta constă în injectarea de pilocarpină, metacolină sau soluție salină hipertona cu apariția papulei și eritemului la aproximativ 5-15 minute de la efectuarea testării. Testul este pozitiv doar la 30-50% din pacienți.

TRATAMENT

Tratamentul profilactic constă în evitarea eforturilor fizice declanșatoare de simptome, a stress-ului, evitarea dușurilor sau a băilor fierbinți.

Tratamentul medicamentos constă în administrarea de antihistaminice nesedative (cetirizină, levocetirizină, loratadină, desloratadină, fexofenadină) în doze uzuale. În cazul în care simptomatologia nu este controlată suficient, dozele de antihistaminice nesedative pot fi crescute până la de 3-4 ori dozele uzuale. Ca și terapie alternativă, se poate administra Danazol în doză inițială de 400-600 mg.

Bibliografie:

Kaplan A.P. Urticaria and Angioedema. Middleton's Allergy: Principles and practice, 7th edition, 2008, Chapter 61.

Carol A. Saltoun, W. James Metzger. Urticaria, angioedema and hereditary angioedema. Patterson's Allergic Diseases, 6th edition, 2002, Chapter 13.

Zuberbier T. Urticaria. Allergy, 2003; 58: 1224-1234.

EAACI/GA²LEN/EDF guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. Allergy, 2006: 61: 316-320.

EAACI/GA²LEN/EDF guideline: management of urticaria. Allergy 2006: 61: 321-331

**DOUĂ LUCRĂRI ALE GRUPULUI ROMÂN DE LUCRU PENTRU LEUCEMIILE
ACUTE LA ADULT AU FOST PREZENTATE LA CONGRESUL ANUAL AL
SOCIETĂȚII EUROPENE DE HEMATOLOGIE**

**AL 15-LEA CONGRES AL SOCIETĂȚII EUROPENE DE HEMATOLOGIE
Barcelona (Spania)**

1. DR. Cristina Truică - medic primar Sef Secție Hematologie
 2. Dr. Adriana Todincă- medic specialist
- Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Opreș" Baia Mare

Reuniunile anuale ale Societății Europene de Hematologie (EHA) devenite acum tradiționale sunt organizate de personalități cunoscute și recunoscute ale hematologiei europene.

Rezumatele lucrărilor ce urmează să fie prezentate sunt trimise comitetului științific de organizare, care acceptă parte din lucrări pentru a fi expuse, fiind cuprinse în volumul de rezumate și publicate.

În domeniul leucemiilor merită să subliniez inițiativa de constituire în anul 2010 a unei „rețele” în țara noastră, Grupul Român de Studiu, având ca scop stabilirea unei structuri de informație și comunicare între specialiștii români, realizarea unui registru de leucemii, definirea și standardizarea diagnosticului și tratamentului în aceste boli, protocoale de tratament în curs de aplicare și integrarea noilor trialuri europene

Astfel, speranțe noi pentru îmbunătățirea tratamentului în Secția Hematologie a Spitalului Județean Baia Mare sunt sprijinite de progresele în analiza rezultatelor anterioare, care sunt apreciate de Comisiile Științifice Europene, oferind dovada că uniți într-un grup comun și prezentând mai mulți bolnavi urmăriți putem și noi să fim cunoscuți, să avem schimburi de opinii și experiență și să reușim în anii ce vin, standardizarea metodelor de diagnostic și tratament

Pentru anul 2011 Grupul român de studiu, format din 15 medici hematologi din 7 Secții de hematologie din țară, din care face parte și secția noastră, lucrează la prezentarea unor date care sunt grupate în două aspecte: heterogenitatea clinică, morfologică, imunofenotipică și moleculară a leucemiilor în tratament cu implicații pentru pronostic, și rezultatele

tratamentului cu anticorpi monoclonali, aportul pe care l-au adus aceștia asociat chimioterapiei la creșterea ratei de remisiuni și a duratei acestora.

În anul 2010 am reușit să prezentăm cu succes 2 lucrări la Congresul al 15-lea al Societății Europene de Hematologie în Barcelona

1. Citarabina liposomală în meningita nonlimfoblastică- experiența Grupului român de lucru pentru Leucemiile Acute la adult

Sumarul lucrării. Citarabina liposomală este un tratament chimioterapeutic atractiv pentru tratamentul leucemie SNC, prin abilitatea de a reduce frecvența și numărul total de administrări intratecale în tratament. S-a raportat eficacitatea citarabinei liposomale în profilaxia și tratamentul meningitei limfomatoase. Afectarea sistemului nervos central în Leucemia acută mieloblastică este rară și terapia bolii meningeale rămâne o provocare. Conform protocoalelor standard actuale pentru meningita limfomatoasă, Citarabina liposomală (Depocyte) permite scăderea frecvenței puncțiilor lombare fără reducerea eficacității, deoarece nivelele intratecale ale medicamentului rămân citotoxice pentru minim 14 zile.

S-au prezentat 13 pacienți cu Leucemie acută mieloblastică (M2, M4 și M5 FAB) și Leucemie SNC, cu vârsta între 40 și 65 ani

Schema de administrare a fost în ziua a 5-a și între ziua 14-21, bine tolerată

Rezultate: La toți pacienții s-a obținut absența completă a numărului de blaști în LCR după prima administrare de Depocyte.

4 din cei 13 bolnavi sunt în viață în remisiune hematologică completă la 10 luni după Leucemie SNC.

5 din pacienți sunt în viață la 5-8 luni cu doze mari de chimioterapie sistemică, fără recădere SNC, pe listele de așteptare pentru Transplant de celule stem de la donatori neînrușiți.

Concluzie: Meningita mieloblastică ar putea fi o nouă indicație terapeutică pentru Citarabina liposomală în doză de 50mg administrată intratecal la fiecare 14 zile

A doua lucrare se referă la: Evoluția pacienților cu Leucemie acută limfoblastică tratați cu chimioterapie intensivă în primele 45 zile de boală-experiența Grupului român de lucru pentru Leucemii acute la adult

Sumarul lucrării:

Răspunsul la terapie este principalul factor de prognostic în Leucemia acută limfoblastică la adult. Răspunsul hematologic în LAL este considerabil determinat de răspunsul în primele luni de terapie.

Au fost luați în studiu 62 pacienți adulți cu LAL înrolați în protocolul național român pentru tratamentul LAL =RWGALS-NP1 între 2007 și 2010

Vârsta medie a fost de 37,2 ani (17-74). Intre aceștia au fost 5 pacienți cu LAL bifenotipică, 2 pacienți cu LAL tip T și 5 pacienți cu LAL Philadelphia pozitivă.

În primele 45 zile de terapie pacienții au primit 2 cicluri de inducție.

Inducția I: Dexametazonă 10mg/mp ziua 6-7, 13-16, Vincristin 2mg iv ziua 6,13,20, Daunorubicin 45 mg/mp ziua 6-7 și 13-14, E Coli Asparaginaze 5000U/mp zilele 18, 20, 22,24,26

Inducția II: Ciclofosamidă 1000mg/mp ziua 26 și 46 Cytarabina 75mg/mp iv ziua 28-31, 35-38 și 42-45, Purinethol 60mg/mp po ziua 28-46. Pentru profilaxia meningitei leucemice SNC pacienții au primit Metothrexat intratecal 15mg ziua 1,28,35,42.

Rezultate: După inducția I (ziua 26), 37 pacienți (60%) au fost în Remisiune completă hematologică și 10 pacienți (17%) în Remisiune parțială hematologică, 2 pacienți au decedat la prima inducție și alți 3 pacienți au refuzat continuarea tratamentului datorită toxicității severe indusă de terapie: mucozită gradul III-IV, toxicitate hepatică și infecții

În plus la 13 pacienți s-a obținut remisiune completă hematologică după Inducția II (ziua 45). Remisiunea completă hematologică a fost în total în ziua 45, 78, 5%

Pe perioada celei de a 2-a Inducție 85% din pacienți au prezentat toxicitate severă legată de terapie: mucozita grad III-IV, insuficiență hepatică, infecții, sindrom hemoragic sever cerebral sau gastric datorat trombocitopenie severe.

Pentru 35% din pacienți a existat abatere majoră de la protocolul național în ceea ce privește dozele și aplicarea la timp a schemei de tratament cu amânări de până la 14 zile. Acești pacienți au decedat pe perioada Inducției II și alți 4 pacienți au refuzat să continue chimioterapia intensivă după Inducția II datorită toxicității severe legate de tratament. Supraviețuirea totală fără boală a fost de 19 luni.

Concluzii: Terapia intensivă la inducție pentru pacienții adulți cu Leucemie acută nu este realizabilă în țările cu venit scăzut pe cap de locuitor, datorită dificultăților de asigurare a terapiei suportive

Noile protocole de tratament care folosesc Cytarabina liposomală în profilaxia leucemiei SNC sunt mult mai adecvate pentru țările cu venit scăzut.

Grupul român de lucru pentru Leucemii la adult a reușit să unească colectivitatea hematologilor din secțiile românești, favorizând posibilitatea de a difuza experiențele acumulate în România printr-o susținută activitate medicală și mai mult a favorizat schimburile de opinii și experiență care ne ajută la standardizarea metodelor de diagnostic și tratament.

RĂSFOIND REVISTE MEDICALE

CLUJUL MEDICAL NR. 4/2010

Dr. Felix MARIAN

Baia Mare

Editorialul prestigioasei reviste condusă de Prof. Dr. Dan L. Dumitrașcu se intitulează "Criterii în evaluarea cantitativă și activitatea de cercetare" și este semnat de Ioana Robu și Mircea Cucuianu (Biblioteca Centrală – UMF "Iuliu Hațieganu" (Cluj).

"Trăind bine cu bronhopatia obstructivă cronică" este un material realizat de Doina Todea, Loredana Roșca, Andreea Coman, Andreea Herescu, Natalia Neagoe, Delia Monica Pop (Cluj). Mai menționăm articolul "Actualități în abordarea terapeutică a demenței Alzheimer" realizat de către Letiția Vlăduțiu (Bedeau) și Felicia Iftene (Cluj), ca și "Calitatea vieții pacienților diabetici cu boală cardiacă coronariană" semnat de un colectiv alcătuit din Mihai Porojan, Laura Poanta, Anca Cerghizan, Dan L Dumitrașcu (Cluj). Vom mai remerca un material intitulat "Obezitatea și deficiența de magneziu: este implicat stresul oxidativ?", care are ca autori pe : Andreea Liana Răchișan, Nicolae Miu, Mariana Andreica (Cluj), apoi "Teste vechi și noi în boala celiacă la copil" realizat de Gabriel Semașca, Al. Părvan, Dorin Farcău, Dorel Dejica (Cluj) ca și "Aportul imagisticii în evaluarea aritmiei idiopatice juvenile" realizat de Mihaela Spârchez și Nicolae Miu (Cluj), de asemeni articolul "Aspecte privind toxicitatea metronidazolului asupra dezvoltării și reproducerii" semnat de Maria Chifan (Cluj).

În cadrul grupajului "Cercetări originale" vom menționa "Susceptibilitatea la antibiotice a tulpinilor de *Acinetobacter baumani* izolate din infecții nosocomiale" având ca autori pe Stana Lucia Pandrea și Lia Monica Junie (Cluj), apoi "Stresul oxidativ la bolnavii cu sindrom metabolic" realizat de Mihaela Mocan, Sorin Nicu Blaga, Adriana Mureșan, Luminița Suci (Cluj), deasemeni "Aprecierea pH-lui unor mijloace de infecție a canalelor radiculare pe bază de hidroxid de calciu" având ca utori pe Dan M Pop și Angela Pop (Cluj).

Din cuprinsul revistei mai relevăm materialul : "Aplicarea analizei Pareto la cercetara

cantităților de elaborări preparate în farmaciile din Cluj Napoca" realizat de Anamaria Boboia și Constantin Palinicercu. Deasemeni "Relația dintre markerii non-invazivi ai disfuncției endoteliale și markerii infamierii la pacienții cu sindrom metabolic" alcătuit de un colectiv format din: Angela Olga Orașan, Adela Sitar Tăut, Nicolae Rednic, V. Negrean, C. Vlad, Adriana Fodor, Dumitru Zdrengea (Cluj), apoi „Dezvoltarea neuropsihiatrică fenilcetonurie - studiu clinic” semnat de Monica Alina Berecki, Ileana Benga, Steluța Palade, Romana Vulturar (Cluj), precum și „Dermatita atopică – corelații etiopatogenice” realizat de Amalia I Chebeleu, Al. Tătaru (Cluj) și Otilia Micle, Mariana Mureșan (Oradea).

Privind lucrările de Istorie a medicinei și a farmaciei menționăm articolele: „Bibliografiile românești ale Istoriei medicinei” semnat de Vlad Popovici (Cluj), „Farmaciile și farmaciștii din Tileagd (Bihor) de-a lungul timpului” de Bianca Pașca, Daniela Gîtea, Cristina Benedex, Honorius Popescu (Oradea, Cluj), „Despre savantul Gheorghe Marinescu la vârsta senectuții”, autori Ștefania Kory Calomfirescu, Marilena Kory Mercea.

Mai amintim evocarea „In memoriam Prof. Dr. George Petrescu (1926 – 2010) realizată de Dr. Felix Marian (Baia Mare).

Sunt apoi recenzate câteva lucrări apărute în ultima perioadă: „Istoria farmaciei române în date” de Vasile I Lipan, (Honorius Popescu, Constantin Polinicencu), „Ghid practic de gastroenterologie și hepatologie” - sub coordonarea Prof. Dr. Ioan Sporea (Flaviu Rusu), „Farmacocnozie -Fitoterapie” - G. D. Mogoșanu, L. E. Bejenaru, H. Popescu (C. Polinicencu), ca și „Kinetoterapia pacienților cu boala Parkinson” - Marilena Kory Mercea – Ștefania Kory Calomfirescu (George Petrescu).

În final este prezentat un index de autori pe anul 2010, un index de cuvinte cheie precum și o listă a referențelor care au contribuit la buna desfășurare a activității revistei „Clujul Medical” pe anii 2009 – 2010.

HEMORAGIA SUBARAHNOIDIANĂ ANEVRIȘMALĂ

Aspecte epidemiologice și anatomo-clinice

Dr. Maria Costin, Student Larisa Costin
Baia Mare

Hemoragia subarahnoidiană anevrismală reprezintă entitatea nosologică neurologică realizată de invadarea spațiului subarahnoidian de către revarsatul sanguin. HSA este o condiție patologică frecventă și adesea devastatoare, reprezentând a treia cauză de deces prin AVC, după infarctul cerebral și hemoragia intracerebrală. Ruptura unui anevrism intracranian este etiologia cea mai frecventă a HSA. Aneurismele saculare rezultă dintr-un defect congenital al peretelui arterial, care apare de obicei la nivelul bifurcațiilor și ramificațiilor poligonului Willis. Aproximativ 85 % dintre aneurisme au sediul în partea anterioară a poligonului Willis. Triada simptomatică a HSA constă în : cefalee violentă (90% din cazuri), semne de iritație meningiană și LCR hemoragic sau xantocrom.

Cu toate că sindromul meningian este caracteristic rupturii anevrismale, pot apărea semne de compresiune a nervilor cranieni și semne piramidale cauzate de sindromul de hipertensiune intracraniană sau de extravazarea sangelui în parenchimul cerebral. Pierderea stării de conștiență apare la 45 % din cazuri datorită creșterii presiunii intracraniene și scăderii consecutive a presiunii de perfuzie cerebrală.

Studiul de față a fost realizat pe 61 cazuri cu HSA anevrismală internate în Spitalul Județean de Urgență “ Dr. Constatin Opreș” Baia Mare în perioada 01.01.2004 – 15.09.2010. Din totalul de 132 hemoragii subarahnoidiene primare în perioada menționată (excluzând

HSA postraumatice sau secundare hemoragiilor intraparenchimatoase), factorul etiologic principal a fost reprezentat de malformațiile vasculare cerebrale (59 %), pe primul loc situându-se aneurismele saculare (46%), urmate de malformațiile arteriovenoase (13%).

HTA singură apare în asociere cu ateroscleroza a putut fi pusă în legătură cu HSA în 41 cazuri (31%). Totuși, HTA a fost remarcată și la 33 cazuri dintre pacienții cu aneurisme cerebrale. Ciroza hepatică a fost asociată cu HSA în 4 % din cazuri, tulburările de coagulare în 1,5 %, alcoolismul 1,5%, iar 3% din cazuri nu au fost precizate etiologic (tabel 1).

Malformatii aneurismale	vasculare	HT A	HTA+hepatit a cronica	HTA+hepatita cr.+alcoolism	ciroz a	ciroza+alcoolis m	coagulopati i	alcoolis m	neprecizat e
61	17	41	7	4	5	2	2	2	6
46%	13%	31%	5%	3%	4%	1.50%	1.50%	1.50%	3%

Tabel 1. Cauzele HSA

Incidența medie anuală a HSA aneurismală a fost de 1,7%.

Repartizarea pe sexe a fost aproape egală: 32 pacienți de sex masculin și 29 de sex feminin. 33 cazuri au provenit din mediul urban și 28 cazuri din mediul rural. Studiul repartizării HSA aneurismale pe grupe de varsta a indicat o incidență maximă în decada a cincea de viață (41%), urmată de decada a șasea (21,3%) – Figura 1

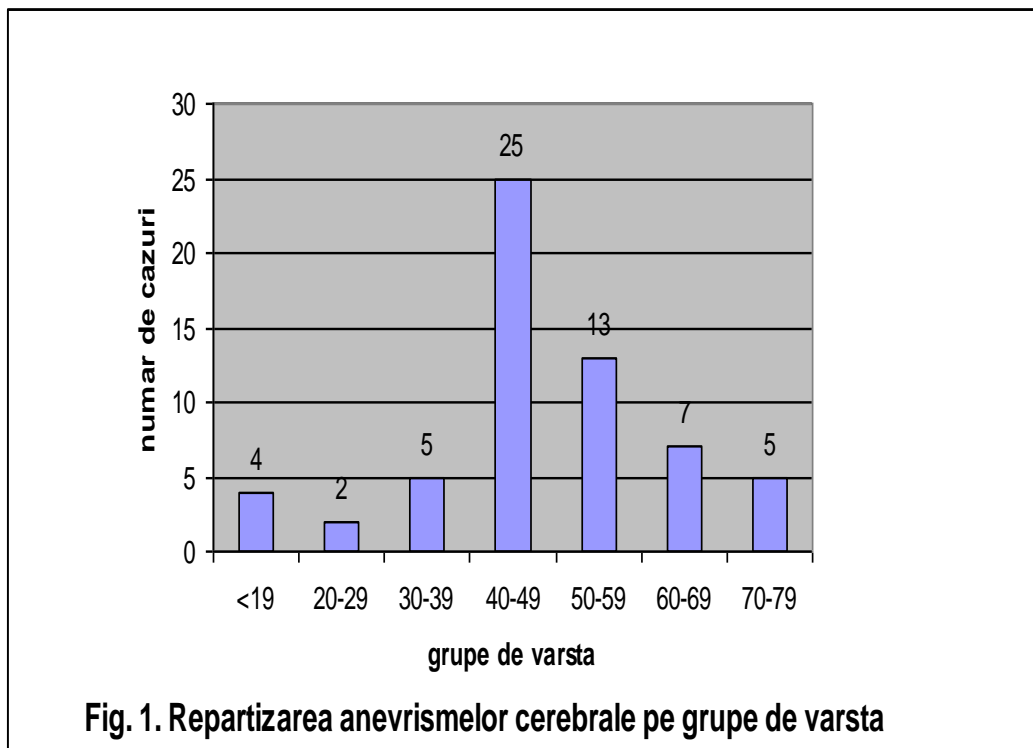
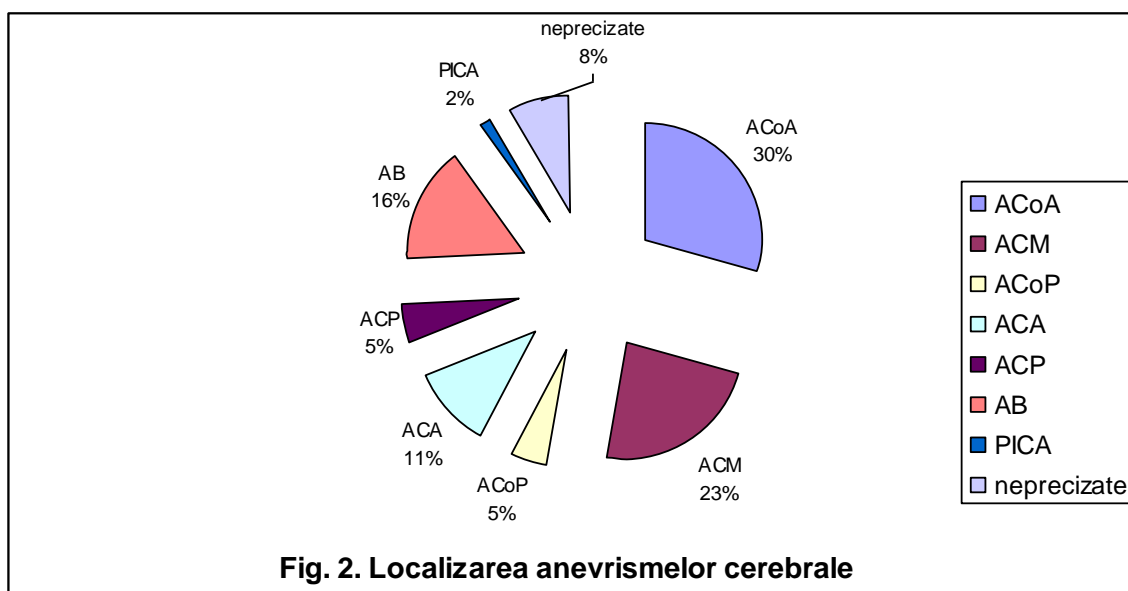


Fig. 1. Repartizarea aneurismelor cerebrale pe grupe de varsta

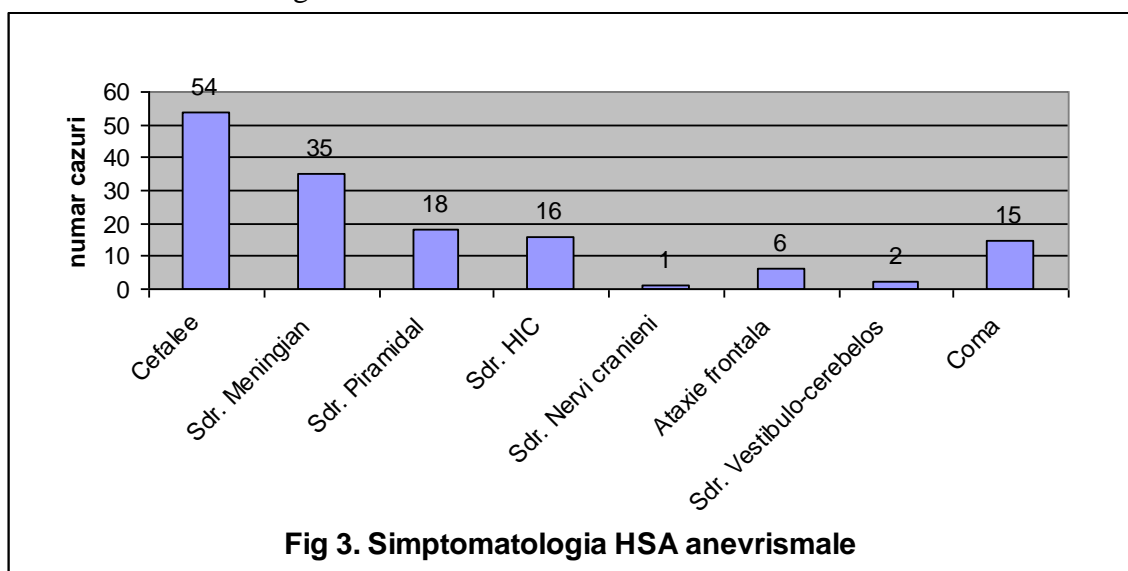
Remarcându-se din grafic incidența scăzută a rupturii aneurismelor la copii și o creștere marcată între 40-59 ani, se poate trage concluzia că alături de factorul congenital, în formarea aneurismului intervin și factori adiționali care concură la defectul mediei și anume HTA, ateroscleroza, involuția mediei la adult, fragmentarea progresivă a elasticei. De altfel HTA a fost remarcată la 54% din cazuri, iar ateroscleroza la 16% din cazurile de aneurisme cerebrale.

Localizarea predilectă a aneurismelor cerebrale a fost la nivelul arterei comunicante anterioare: 18 cazuri(29,5%), urmată de artera cerebrală medie: 14 cazuri (23%) și artera bazilară 11 cazuri (18%) – Figura 2



Două cazuri au prezentat anevrisme multiple, patru cazuri s-au asociat cu malformații arteriovenoase, iar malformații extracerebrale au fost evidențiate la 2 pacienți: un caz cu rinichi polichistic și un caz cu persistența canalului arterial și foramen ovale.

Manifestările clinice cele mai frecvente includ cefaleea, sindromul de iritație meningiană; mai puțin frecvent se întâlnesc: sindromul hipertensiune intracraniană, sindromul piramidal, starea comatoasă – Figura 3



Proporția deceselor la pacienții internați a fost de 24,59% (15 pacienți), în concordanță cu datele din literatură.

Concluzii:

- cauza principală a HSA o reprezintă ruptura anevrismului cerebral 46%
- al doilea factor etiopatogenetic ca frecvență îl reprezintă HTA 31%
- incidența crescută a HTA la pacienții cu HSA aneurismală (54 %) demonstrează rolul patogenic al HTA în evoluția și ruptura anevrismului cerebral.
- localizarea predilectă a anevrismelor cerebrale o reprezintă porțiunea anterioară a poligonului Willis (artera comunicantă anterioară), urmată de artera cerebrală medie și artera bazilară.
- cefaleea reprezintă semnul clinic cel mai frecvent la debutul HSA (90%)
- sindromul meningian este frecvent întâlnit dar poate lipsi la debut (57%)
- HSA aneurismală reprezintă o boală dramatică, cu o mortalitate precoce

însemnată (25%)

- HSA reprezintă o urgență medico-chirurgicală

DE CE S-AU ÎNCHIS MINELE. E POSIBILĂ REVIGORAREA MINERITULUI DIN MARAMUREȘ?

*Ing. Aurel PANTEA
Baia Mare*

Unii participanți la lansarea nr.3-4 (39-40)/ 2009 a PRO UNIONE, mi-au sugerat că, în numărul viitor al revistei, să abordez cauzele închiderii minelor, consecințele și dacă mineritul mai poate fi revigorat în nord-vestul României, cunoscut fiind că, de-a lungul timpului, mineritul, CN Remin-S.A. au avut un rol de seamă în economia țării și îndeosebi în viața economico-socială a Maramureșului.

După o activitate de peste 40 de ani în mineritul românesc și participant efectiv la elaborarea și implementarea a diverse programe pentru minele din Oaș, Maramureș, Rodna, Bucovina și a Strategiei industriei miniere pe perioada 2004-2010, având la bază actele normative în vigoare, mă voi referi succint la cele 3 probleme, dar în prealabil voi arăta că am efectuat unele vizite de documentare în domeniu:

- În anul 1994, în cadrul unei delegații a Federației Patronale Miniere din România „PATROMIN”, am efectuat o vizită de documentare în Olanda, pe tema „Reconversia europeană a mineritului”, documentare ce a avut loc la Consiliul Social Economic de la Haga, Federația Patronală a Industriilor, Centrul de instruire și reconversie profesională a Ministerului Economiei, Combinatul Minier Limburg și unitățile sale;
- Simpozionul din august 1994 de la Miskolc – Ungaria și Baia Mare –România, cu participarea a 250 specialiști din România, Ungaria și Slovacia, pe tema „Mineritul și Metalurgia în secolul XX în bazinul carpatic”;
- În anul 2003, în vederea elaborării Strategiei ind. miniere, partea referitoare la minele de minereuri, împreună cu un coleg din Remin, vizita de documentare la minele și uzinele Baia de Arieș, Zlatna, Roșia Poeni-Abrud, județul Alba, Brad-Deva, compania Minvest S.A. Deva, jud. Hunedoara, Rușchița, Moldova Nouă, jud. Caraș Severin.

1. Cauzele închiderii minelor

Strategia de dezvoltare a mineritului promovată înainte de anul 1989 avea la bază conceptul autosușinerii în asigurarea cu resurse minerale a economiei, în scopul reducerii importurilor, ceea ce a impus deschiderea și punerea în exploatare a tuturor zăcămintelor cunoscute.

În nord-vestul țării, mineritul s-a dezvoltat continuu, atât ca număr de unități de producție, cât și ca producție pe unitate, astfel că Centrala Minelor Baia Mare, azi C.N. Remin S.A., a atins, ca de altfel, întregul minerit românesc, maximul de producție în deceniul al optulea al secolului XX.

Principalii factori care au influențat închiderea minelor:

- Pentru susținerea mineritului, în perioada de după 1990, în condițiile liberalizării prețurilor materiilor prime și combustibililor, statul a fost nevoit să facă un mare efort bugetar, prin subvenții pe produse, transferuri sociale, alocații de capital care s-au diminuat treptat din anul 1997 până la eliminare în anul 2007;
- Din anul 1990 a început declinul mineritului și a avut loc un număr mare de frământări sociale. Prin contractele colective de muncă, an de an, solicitându-se salarii tot mai mari și alte avantaje, au crescut cheltuielile cu munca vie. În timp ce săptămâna de lucru s-a redus de la 6 la 5 zile, în anii 1990-1993, s-au făcut noi

- angajări de personal, fără a se reflecta prin creșterea de productivitate a muncii;
- Producția de minereu extras și prelucrat, implicit de metale, în anul 1990, a scăzut cu 40%, ajungându-se ca, în anul 2004, întreaga producție de minereu realizată la nivelul companiei să fie egală cu producția pe care o realiza E.M. Baia Borșa în anii 1969-1970;
- Renunțarea din anii 1994-1995 la valorificarea producției de pirită 40% sulf, destinată producției de acid sulfuric, îngrășăminte chimice etc. de fostele combinate Baia Mare, Năvodari, Valea Călugărească, Turnu Măgurele, ca urmare a restructurării industriei chimice;
- Reducerea cererii de fier-mangan de către Combinatele Siderurgice Galați și Hunedoara. Toate acestea au condus la scăderea veniturilor.
- Întreaga cantitate de concentrate miniere până în anul 1996 a fost preluată de agenții economici interni Baia Mare, Copșa Mică, Zlatna. Începând cu anul 1999, între 61-65% din producție era destinată exportului, urmare aprobărilor prin OUG nr.190/ 2000, republicată în anul 2004, cu modificările ulterioare și ale Ordinului MIR nr.391/ 2003;
- Oprirea de către Banca Națională, începând cu anul 2000, a achiziției de aur de pe piața internă. A sistat, din anul 2001, cumpărarea aurului rezultat din prelucrarea concentratelor miniere, respectiv de la agenții economici autohtoni;
- Conținutul scăzut în metale al unor minereuri, sub limita inferioară, raportat la calitatea zăcămintelor similare exploatate pe plan mondial, cu tehnologii performante și productivități de 5-12 ori mai mari, au condus la închiderea unor perimetre miniere de la Baia Borșa, Băiuș, Rodna încă din anii 1990-1991;
- Desprinderea din structura Remin a unităților nesub-venționate, realizatoare de venituri: Institutul de cercetări și proiectări miniere, Uzina de utilaj minier și reparații, Infomin, Baza de aprovizionare, Antrepriza de construcții-montaj;
- Obligații neonorate la timp, majorări și penalități de întârziere, față de bugetul de stat, bugetele locale, presta-torii de servicii și față de furnizorul de energie electrică;
- Problema datoriei către furnizorul de energie electrica Electrica S.A. fiind o problemă de strategie majoră, a iscat multe discuții, întreruperi în alimentarea cu energie. Pentru soluționare, potrivit prevederilor Strategiei industriei miniere, era necesară o decizie politică;
- La un moment dat, la nivel central, s-au lansat idei că este mai ieftin să cumpărăm cupru, plumb, zinc, aur, argint decât să le producem, sau că resursele minerale existente să le lăsăm și pentru generațiile viitoare, o parte din forța de muncă disponibilă să se ocupe de culegerea de ciuperci și fructe de pădure;
- În activitatea de management au existat și unele carențe. Nu întâmplător, din anul 1990 și până în 2010, în funcția de director general s-au succedat 11 persoane:
- O influență negativă asupra activității miniere și imaginii mineritului în general a avut-o accidentul din 30 ian. 2000 de la iazul de decantare al societății mixte româno-australiene Aurul S.A. Baia Mare. Efectele accidentului au produs un impact major asupra legislației comunitare și internaționale în domeniul reglementărilor activităților miniere. S-a revăzut și aprobat Directiva Europeană privind Controlul Instalațiilor cu Risc Major de Accidente Implicând Substanțe Periculoase (Directiva Seveso), transpusă în legislația românească prin HG nr.95/ 2003 și HG nr.804/ 2007. Pe plan național au fost revizuite normele tehnice de supraveghere a comportării în timp a iazurilor de decantare și s-a reglementat necesitatea obținerii autorizației de funcționare în siguranță a acestora. Sectorul minier a fost nevoit să facă o evaluare a stării tuturor iazurilor și să implementeze măsuri de creștere a siguranței în exploatare, dar și de întreținere

- a iazurilor inactive, crescând și cheltuielile aferente;
- Prin art. 26, alin. (3) din HG nr.349/ 21.04.2005 s-a stabilit calendarul de sistare/ încetare a activității sau conformare a depozitelor pentru deșeuri lichide (iazuri de decantare) din industria extractivă, respectiv 31.12.2003 pentru iaz Tăuții de Sus-Baia Sprie; 31.12.2004 iazurile Novăț-Borșa (Vișeu), Bloaja-Băiuț, și 31.12.2006 Plopiș - Răchițele Cavnic, și Bozânta - Flotația Centrală.

2. Consecințe

În context, relansarea din anul 2007 a activității minelor Cavnic, Baia Sprie, Turț, Răzoare și implicit Flotația Centrală, prin contract complex de cooperare prevăzut de Strategia de restructurare, privatizare și atragere de investiții la societățile cu capital de stat din sectorul minier – exploatarea minereuri metalifere, aprobată prin HG nr.590/ 2006, nu s-a mai materializat.

Prin hotărâri ale guvernelor, care s-au succedat în perioada 1998-2007, în 10 etape, s-a aprobat închiderea definitivă, conservarea și monitorizarea factorilor de mediu a tuturor minelor din Maramureș, Satu Mare și Bistrița Năsăud, aflate în patrimoniul Companiei Naționale „Remin” și al societăților comerciale Cuarț (fost I.P.E.G. Maramureș) și Mineral Radioactiv Măgurele-București.

Prin HG. nr. 1226/ 1 oct. 2008, Strategia de restructurare, privatizare și atragere de investiții, aprobată prin HG nr. 560/ 2006, s-a modificat și completat cu obligațiile de protecție a mediului.

Activitatea de extracție și prelucrare a minereurilor a încetat din anul 2007, întregul personal beneficiind de plăți compensatorii; din anul 2008, activitatea Remin se rezumă la efectuarea cu 200 persoane, în prezent 104, a unor lucrări de conservare și pază a patrimoniului. Lucrările propriu-zise de conservare și închidere a minelor, gestionarea fondurilor aferente se realizează prin S.C. Conversmin București.

Rezervele geologice neexploatate au rămas în gestiunea Agenției Naționale pentru Resurse Minerale, iar în administrarea agenților economici haldele de mină și iazurile de decantare a sterilelor de flotație.

Construcțiile care rămân în urma procesului de închidere și ecologizare – foarte multe fiind deja dezafectate, pe altele fiind pus sechestru –, precum și terenurile aferente perimetrului ecologizat aparțin A.N.R.M., potrivit legii.

Urmare sistării activității minelor, s-a diminuat activitatea uzinelor metalurgice și construcții de mașini. De fapt, toate societățile comerciale industriale din Maramureș și-au diminuat activitatea, iar Maratex și Fabrica de produse lactate au fost dezafectate integral. Potrivit datelor statistice date publicității la 31.12.2009, la Registrul Comerțului sunt înregistrați 16.641 angajatori, din care 7.541 sunt inactivi. Erau înregistrați în plată 114.576 pensionari și 106.000 salariați.

Compania Remin, S.C. Cuarț și unele unități desprinse din structură au intrat în procedura de insolvență.

Închiderea minelor a condus la diminuarea veniturilor populației din zonele miniere, a veniturilor din taxe și impozite la bugetele locale ale primăriilor și la scăderea veniturilor la bugetul consolidat al statului din contribuții pentru asigurări sociale, sănătate, ajutor de somaj, taxe redevenite miniere și pe orizontală ale unor agenți economici, reflectate în viața economico-socială a Maramureșului.

3. E posibilă revigorarea mineritului în nord-vestul României?

Răspunsul este DA! Mineritul este în România, ca și în alte țări, o activitate necesară

pentru punerea în evidență și valorificarea resurselor minerale proprii, care pot fi exploatare rentabil, cu respectarea condițiilor de mediu.

Să nu uităm că mineritul este un sector strategic și în ultimul timp Uniunea Europeană accentuează faptul că dezvoltarea durabilă a Europei va depinde masiv de extracția resurselor minerale în interiorul Uniunii.

Afirmația mea este întărită și de către secretarul de stat pentru probleme energetice din Ministerul Economiei, care, prezent la conferința „Minerit modern în România”, potrivit ziarului Adevărul din 23 aprilie 2010, oficialul a arătat că România ar putea fi extrem de atractivă pentru investitori, întrucât solul țării noastre conține zăcăminte uriașe. Suntem poate țara cu cea mai multă sare. Doar cu ajutorul investitorilor vom putea vorbi de minerit modern în România, însă abia prin 2015.

Potrivit Constituției României, statul trebuie să asigure exploatarea resurselor naturale, în concordanță cu interesul național, refacerea și ocrotirea mediului înconjurător, precum și menținerea echilibrului ecologic, crearea condițiilor necesare pentru creșterea calității vieții, aplicarea politicilor de dezvoltare regională în concordanță cu obiectivele Uniunii Europene.

Este cunoscut că în subsolul teritoriului din nord-vestul țării, îndeosebi al județului Maramureș, se găsesc zăcăminte de minereuri de metale neferoase, prețioase, de fier-mangan, radioactive, sare, substanțe nemetalifere și roci utile.

La rezervele de minereuri rămase neexploatare de către unitățile cu capital de stat, se adaugă și cele puse în evidență, începând din 1997 de către societățile comerciale cu capital privat, în perimetrele aprobate de A.N.R.M. prin licențele de concesiune pentru explorare în Maramureș și Satu Mare, precum și cele peste 300 de halde de mină, cu peste 47 milioane mc de steril și cele 16 iazuri de decantare a sterilelor de flotație din Maramureș în care sunt depozitate peste 100 de milioane tone de steril și aproape 8 milioane tone în cele 2 iazuri de la Rodna – Bistrița Năsăud. Au rămas în stoc, neprocesate și nevalorificate, peste 400.000 tone pirită auriferă arsenioasă de la mina Șuior.

Întrucât Strategia industriei miniere are prevederi numai pentru perioada 2004-2010, se impune elaborarea unei noi Strategii de dezvoltare economico-sociale, ocazie prin care să se analizeze toate resursele minerale solide puse în evidență, din fiecare zăcământ, perimetre etc. De această dată, pe lângă metalele de bază, vor trebui avute în vedere și metalele rare însoțitoare: seleniu, telur, indiu, cadmiu, stibiu, pentru care există tehnologii de valorificare prin uzinele metalurgice Baia Mare și Copșa Mică și nu va fi lipsită de interes și valorificarea wolframului pentru care cu ani în urmă se realizase experimental o instalație la Baia Sprie și s-au produs 30 tone de concentrat. De mare importanță pentru economia țării și a relațiilor comerciale în cadrul U.E. pot fi zăcămintele nemetalifere și de roci utile.

Zăcămintele de sare din perimetrele Șugatag, Oncești-Vadu Izei, Coștiui-Rona, de asemenea, prezintă interes, știut fiind că, în perioada dintre 1848 și Primul Război Mondial, salinile de la Șugatag, Rona-Coștiui erau considerate ocne de veche tradiție.

Pentru industriile petrolului, chimică, metalurgică, cera-mică, alimentară, textilă, nu sunt lipsite de importanță zăcămintele de bentonite de la Valea Chioarului, Răzoare, Groape-Preluca Veche, Mujdeni-Orașul Nou. Voi aminti și zăcămintele cu rezerve confirmate, existente în toate cele 3 județe, utilizate în diverse domenii, dar în special ca materiale de construcții: zăcămintele de calcare Bistra-Valea Vișeuului, Săcel, Borșa-Fântâna; dolomite la Măgureni-Maramureș; dacite Poiana Ilvei, Sângeorz Băi, Zagra-Bistrița Năsăud; Homoroade-Satu Mare; marmura Cormaia, Gușețel-Parva-Bistrita Năsăud; Borcut-Cufoaia, Buteasa-Maramureș; perlite (sticle vulcanice) Orașu Nou-Vii, Medieș-Vii-Satu Mare; andezite Măgura Ilvei-Bistrița Năsăud, Blidari, Valea Sf. Ioan Baia Mare, Limpedeș-Firiza, Nistru, Cicârlău, Ilba, Săbișă, Seini, Teceu-Săpânța, Valea-Fătului-Baia Borșa, Agriș-Vadu Izei-Maramureș; Huta Certeze, Corneț-Vrăticel-Negrești Oaș, Turț-Satu Mare; nisipuri și pietrișuri Sărățel, Beclean pe Someș, Reteag, Tămaia-

Mogoșești-Dănești, Ardușat, Ulmeni-Tohat-Mireșul Mare, Cicârlău, Apa, Iojib; nisipuri Curtuiușu Mare, Berchezoaia, Vălenii Șomcutei, Valea Borcutului, Bârsăul de Sus. De ase-menea, sunt numeroase zăcăminte de argile comune și colorate și alte substanțe identificate, dar pentru care nu s-au continuat omologările de rezerve.

Cei abilitați vor trebui doar să valorifice documentațiile tehnico-economice existente în arhivele unităților de profil, documentații extrem de necesare pentru deschiderea, redeschiderea, după caz, a minelor, aplicarea tehnologiilor de lucru și siguranță în muncă, evitarea accidentelor tehnice și să nu ignore experiența înaintașilor.

Consider că trebuie evaluate resursele minerale care pot fi exploatare în condiții de rentabilitate și fără prejudicierea mediului. Ecologizarea și refacerea zonelor miniere este o obligație ce rezultă din legislația națională și europeană de mediu.

Este îmbucurător faptul că tehnologiile miniere care au fost aplicate de Remin sunt în concordanță cu Rezoluția adoptată în luna mai a.c de către Parlamentul European, referitoare la interzicerea generală a utilizării tehnologiilor de minerit pe bază de cianură în minerit în Uniunea Europeană.

În condițiile de mai sus, nu văd că ar constitui un impediment derularea activităților de minerit în zonele fezabile și cu tehnologiile adecvate.

Baia Mare, 18 mai 2010

(Articol apărut în revista *PRO UNIONE*, nr. 1-2 (41-42), Anul XIII, Baia Mare, iunie 2010, pag. 99.)

REVISTA ARHIVEI MARAMUREȘENE

Drd. Klara Gușeth

Arhivele Naționale Maramureș

Semnalăm prezența în rândul publicațiilor științifice, a Revistei Arhivei Maramureșene, care cuprinde în paginile celor trei numere apărute până în acest moment (1/2008, 2/2009, 3/2010) și studii sau articole dedicate unor probleme din domeniul medical.

Fiind o revistă de istorie este firesc ca studiile și articolele publicate în cadrul revistei să se oprească și asupra unor limite cronologice anterioare secolului XXI. Astfel, un prim studiu asupra căruia vom stăruie în scurta noastră prezentare, analizează epidemiile de ciumă din comitatul Maramureș în secolul al XVIII-lea, atât din punct de vedere demografic cât și epidemiologic. Intitulat *Epidemia de ciumă din Comitatul Maramureș* studiul reputatului profesor universitar Tamas Farago de la Universitatea Corvinus din Ungaria este scris în limba maghiară dar beneficiază de un rezumat destul de amplu în limba engleză. Autorul se oprește asupra epidemiilor de ciumă izbucnite în comitatul Maramureș în anii 1710, 1742-1743, pe care le analizează cu metode statistice și în final asupra revenirii rapide și surprinzătoare pe care o cunoaște populația comitatului la sfârșitul secolului al XVIII –lea (1785).

Strâns legate de subiectul studiului mai sus amintit sunt alte două articole cu privire la

epidemiile de holeră, mai exact asupra *primei epidemii de holeră* din anul 1831¹ și la celelalte 7 *epidemii de holeră* izbucnite în Comitatul Maramureș în „secolul holerei”(secolul al XIX-lea).² Autorul, Varga Zsolt - arhivist în cadrul Arhivelor Naționale Maramureș prezintă pe baza informațiilor cuprinse în documentele de arhivă urmările epidemiilor de holeră insistând și asupra unor aspecte referitoare la măsurile luate de administrația locală împotriva răspândirii flagelului, măsuri care demonstau însă inexistența unor minime cunoștințe referitoare la modul de răspândire al bolii. Chiar dacă astăzi putem afirma că însăși amintirea epidemiilor de ciumă și holeră a dispărut, sperăm totuși ca lucrările dedicate acestora din cadrul revistei să suscite interesul.

Un ultim articol pe care dorim să-l aducem în atenția Dvs. prezintă o frumoasă perioadă din istoria orașului Baia Mare, când aceasta a obținut statutul de Stațiune Climatică (1930-1940).³ Este suficient să amintim că în perioada interbelică, Baia Mare a îndeplinit condițiile impuse de actele normative ale vremii, printre care și factorii climatici curativi, pentru a fi declarat la data de 13 iunie 1930, stațiune climatică, potrivit deciziei Ministerului Sănătății Publice și Ocrotirii Sociale.

În final facem precizarea că Revista Arhivei Maramureșene este o revistă de istorie locală, publicată de Arhivele Naționale Maramureș și Asociația Arhiviștilor „David Prodan” Maramureș, clasată în anul 2010 de CNCSIS în categoria „C” – reviste cu potențial de recunoaștere. Revistabeneficiază de un site propriu care poate fi accesat pe <http://arhivamm.wordpress.com> .

RECOMANDAREA EXERCITIULUI FIZIC TERAPEUTIC

Dr. Delia Crișan-medic primar recuperare medicală , Spital jud. Baia Mare

Antrenarea și adaptarea organismului la diferite situații de solicitare ar trebui să facă parte din variatele recomandări terapeutice.

Exercițiul fizic reprezintă o secvență terapeutică specifică, care teoretic face parte din programele de antrenare, dar practic includerea lui se face tardiv, nedozat sau deloc. Motivațiile prezenței exercițiului fizic în programele de antrenare sunt multiple:

a) pe de o parte prin rolul profilactic în:

1) combaterea „stării de oboseală sau de stress” manifestată pe grupuri de populație în aparentă stare de sănătate

2) prevenirea sau ameliorarea „sindromului hipokinetic” sindrom de dezadaptare fizică, endocrino-metabolică, termică și chiar imunobiologică;

b) pe de altă parte prin controlul evoluției în plan funcțional a unor categorii de patologie (ex: recuperarea după infarct miocardic, arteriopatiile membrelor inferioare, hernia de disc neoperată sau operată, etc.) sau prevenirea unor complicații la nivelul sistemului de relație cu mediul, secundar utilizării defectuoase, etapă care impune programe de exerciții terapeutice specifice și reguli de igienă locomotorie.

„Starea de oboseală” este o noțiune complexă care include intricarea mai multor fațete ale individului, sub raport biologic, psihologic, funcțional și comportamental. Un exemplu convingător, mai ales pentru populația urbană ar putea fi „sindromul sedentarismului impus profesional”- epoca calculatorului la locul de muncă, urmată de secvența de „relație cu mediul prin prezența în fața televizorului la domiciliu”; acest circuit monoton face din individ o mașinărie care este programată pentru anumite circuite de solicitare. Programul respectiv parțial impus, parțial automat, expune individul la un stres permanent prin: poziție monotonă prelungită profesional, stres psihic profesional, informațional și relațional în sfera socială și familială, prezența unor factori nocivi auxiliari (cafea, tutun, alcool), dietă inadecvată și eventualele suferințe somatice sau viscerale care se pot dezvolta ca patologii de stres. Cele prezentate sunt motive suficiente în favoarea programelor de profilaxie antistres.

„Sindromul hiperkinetic” îl regăsim la adulți, mai ales la populația urbană, multe dintre profesii necesitând poziție monotonă prelungită în șezut, la care se adaugă și lipsa unei educații adecvate de solicitare în diverse situații de muncă fizică grea. În primul caz nu este suficient programul de mișcare la sfârșit de săptămână, care necontrolat poate duce la apariția unor manifestări clinico-funcționale (de tip lumbago acut de efort sau discogen, epicondilita jucătorului de tenis), iar în al doilea caz apar diverse sindroame de suprasolicitare cronică (periartrita scapulohumerală, rizartrroza policelui, suferința discală lombară trenată cu sau fără interesare radiculară). Și într-un caz și în celălalt se impune realizarea unor programe educaționale la nivel populațional (premisele teoretice) cât și realizarea practică prin programe profilactice primare de kinetoterapie, cum ar fi: cura de teren (mersul pe jos 45-60 min. pe zi), jogging, înot, ciclism amator.

Antrenamentul fizic reprezintă un mod economic și eficient de adaptare a organismului la efortul fizic, considerat ca stres somatopsihic, stres care poate fi dirijat și dozat. Prin exercițiul fizic s-a constatat stimularea a două categorii de mecanisme adaptative la efort: a) stimularea reflexă a centrilor cardiorespiratori și vasomotori.

b) declanșarea mecanismelor locale de reglare tisulară, dependente de activitatea musculară.

Aceste mecanisme satisfac necesitățile energetice ale grupelor musculare solícitate prin degradarea aerobiotică a glucozei. Depășirea rezervelor energetice duce la solícitarea și antrenarea unor mecanisme compensatorii realizate prin :

- creșterea coeficientului de utilizare a oxigenului
- creșterea aportului de oxigen prin creșterea debitului ventilator
- creșterea transportului de oxigen prin creșterea debitului cardiac
- reajustarea repartiției sângelui între teritoriul splanhnic și musculo-scheletal, cu dirijarea preferențială către organele vitale și grupele musculare solícitate.

Exercițiul fizic este un factor terapeutic de tip conservator, care se realizează de o manieră activă, implicând pacientul, solícitând atât aparatul neuro-mio-artrokinetic cât și aparatul cardiovascular și sistemul endocrino-metabolic.

Lipsa activității fizice duce la scăderea nivelului de adaptare la solícitarea fizică, acest fenomen întâlnindu-se cu o frecvență variată la diferite grupe de vârstă (tineri, adulți sau persoane peste 60 de ani), mai accentuat peste 45-50 de ani.

Interpretarea solicitării fizice și a integrării ideii de necesitate a antrenamentului fizic la nivel populațional pune în discuție poziția diferitelor persoane implicate în realizarea programelor de exerciții fizice:

a) poziția pacientului față de această informație, de modul în care i se furnizează sau nu, de modul în care este convins să o desfășoare și ce soluții i se oferă pentru realizarea unui astfel de program terapeutic, în contextul vieții cotidiene și al dialogului cu medicul de familie.

b) poziția medicului de familie, care realizează „linia întâi-a” a frontului medical, care cunoaște corect sau parțial beneficiul și limitele diverselor programe de exerciții fizice terapeutice și poate sprijini punerea lor în practică.

c) poziția diferitelor categorii de medici specialiști care pot participa la îndrumarea pacienților sau a potențialilor pacienți către specialitatea de recuperare, în vederea instituirii unor programe de exerciții fizice terapeutice (fie cu caracter curativ și de recuperare, fie cu caracter profilactic).

Din cele prezentate rezultă că indicațiile terapeutice ar trebui să cuprindă pe lângă indicațiile de utilizare medicamentoasă și utilizarea programelor de solicitare fizică, prin programe specifice de exerciții fizice terapeutice, care vizează atât sfera preventivă, cât și cea curativă și de recuperare, în circuite specific organizate și coordonate.

JURNALUL UNUI MEDIC -Fragment

Dr. Dumitru PADEANU

1963

Târziu toamna, după Sfântul Dumitru, mi-am făcut bagajul să plec medic la Maramureș.

De fapt mi l-a făcut Mama. A fost dorința ei „lasă-mă să ți-l mai fac odată”. Cerule, ce Mamă, Mamă minunată am avut ! Și ce Tată ! Oltean, oltean dar nu m-a bătut ca Mama toată ziua, bună ziua din te miri ce. Replica Tatei era "unde dă mama crește". Probabil că-i așa, crescusem peste un metru și optzeci ! Tata, doar de doua ori mi-a tras câte o palma. Prima, de am zburat în șanțul plin cu apă după ploaie, pentru că mă urcasem pe niște ziduri înalte de biserică de pe care, dacă aș fi căzut nu mai ajungeam eu sa zbor în șanțul cu apa. Iar a doua, eram student medicinist și eu i-am spus că nu mă duc să votez comuniști. A fost năpraznică palma; mi-a sunat lichidul cefhalorahidian o săptămână în cap, iar noaptea visam ca defilez ducând portrete și strigând lozinci comuniste din toți lobii pulmonari, ziși și bojoci. În timp ce, de pe margini, Tata mă urmărea posomorât și îmbrăcat într-o ponosită uniformă militară de război. Acum, la despărțire, m-a îmbrățișat și mi-a dat un leu "e ultimul leu pe care ți-l mai dăm, să ai grijă de el", l-am pupat mâna, nu mai avea forța de odinioară, doar căldura părintească. Cerule, ce despărțire.

La Baia Mare, când s-a oprit trenul nu-mi venea să cred ca am ajuns, că sunt în gara, era așa de mică și amărâtă cât magazia de mărfuri de la noi, din gara Fratelia. Am întrebat pe cei ce se buluceau la coborâre dacă asta-i gara și grăbiți au confirmat din cap. Cobor și eu, cu gemantănoiu meu încărcat și cu cărți (tratate de medicină, ceva mai greu nu poate fi) și întrebând din om în om, rupt de picioare și umeri, ajung la Sfatul Popular al Regiunii Baia Mare. După alte întrebări, nimeresc sala în care noi, proaspeți absolvenți, ne vom alege circumscripțiile sanitare, adică "viitoarele noastre locuri de muncă pentru care partidul călăuzitor ne-a făcut medici" cum a precizat și aici, ca peste tot, un tovarăș de la regiune, plin de sine, de altceva nici nu putea să fie plin. Și a mai adăugat ce "așteptă partidul și clasa muncitoare împreună cu țărănimea colectivistă de la noi" Le mai auziserăm, ascultam gândind la ale noastre. Mă gândeam cum să fiu cat mai aproape de Ica, iubita mea soție, încă studentă. După ce am ales la repartizarea pe țară Regiunea Baia Mare, adică Maramureșul,

împreună am hotărât să se mute la facultate la Cluj, unde vom fi mai aproape unul de altul, ne vom vedea mai des. Și așa am ales Leordina de pe Valea Vișului, aveam tren direct până la Cluj .

După ce am semnat "niște hârtii" și am primit repartiția în mână, am lăsat gemantanoiul la secretariat și am dat o fugă până la poștă de unde i-am dat o telegramă Icăi "avem tren direct între noi punct hura și la gară punct" Astfel își alegeau doctorii, la vremea aceea, locurile de muncă, întâi cele din apropierea orașelor și orașelele, apoi circumscripțiile cu gara, sau halta cel puțin, și la urmă rămâneau cele ce ofereau doar transport rutier mereu în întârziere, înghesuit și sufocant, prin praf și hârtoape. De asemenea, ne interesa mult dacă există curent electric, fiindcă aveam contract de trei ani obligatoriu de circumscripție rurală, *eram legați de pământ ca iobagii*. Eram iobagii dictaturii comuniste și mulți își manifestau o falsă satisfacție, mulțumire și laudă partidului când li se dădea cuvântul în acest sens. Erau mândri că mâncau rahat, văzuseră ei că și alte animale practică scatofagia și pe urma se ling pe buze.

A doua zi am avut parte, din plin, de transportul rutier . Întâi, am găsit autogara și am văzut calatorii ei. O lume rurală cum nu mai văzusem, majoritatea în îmbrăcăminte tradițională, țărăneasca se mișcau în voie și vorbeau aspru, tare, dar nu prea îi înțelegeam ce zic. Aveau tonuri, accente și un vocabular arhaic necunoscut mie. Erau oamenii robuști, încruntați și nu prea rași sau spălați, iar femeile mi se păreau deosebite de ceea ce vedeam la Timișoara. Aveau fețe frumoase ce exprimau curiozitate și interes, priveau direct și insistent dând impresie de mândrie și temeritate. Îmbrăcate în costume țărănești sobre, purtau obiele și opinci. Opinci, opinci din cauciuc, mie îmi plac opincile și femeile astea mergeau frumos în opinci. Cursa mergea de la Baia Mare la Sighet. Asfaltul s-a terminat de mult și cursa ne hurduca neîntrerupt urcând încet, încet un munte, îi zăceau Gutâi . Era praf și gaze de eșapament, motorul era ambalat la maximum prin curbe tot mai dese și strânse, dar pasagerii își vedeau nestingheriți de ale lor, vorbeau tare, făceau glume, râdeau între ei. Apoi, apărui o sticla verde din care pe rând, unii după alții luau câte o gură, cinstind și închinând, mulțumind . Sticla ajunsese și pe rândul meu la vecinul meu, maramureșanul, *o adevărată cioplitură din piatra de o sută de generații*, după ce bău o gură mare, plescăi tare a mare satisfacție și apoi mi-a întins-o și mie:

"Ia, domnișor, și dumneata o gură, că-i din bucate, de anu'aesta."

Mirosea puternic a alcool, dar ceea ce mă reținea nu era că sticla se plimbase de la o gură la alta, nici ca unii aveau probleme cu dantura ci nu știam ce trebuia să înțeleg prin *bucate*.

Am întrebat, nevinovat, ce sunt și înseamnă bucate. Toate privirile din apropiere, cu mirare, s-au întors către mine .

"Da dumneata, domnișorul, de unde vii, ca nu ești de pe la noi, dacă nici atâta lucru nu știi ?" Am răspuns doar la întrebare: de la Timișoara. *Cioplitura din piatră* își puse un zâmbet mare și omenos pe față și zise:

"No, că-i bine, Timișoara-i tăt la noi în țara, dar îi drept că nu are horincă ca noastă, încearcă o gură, îi friptă de două ori"

Mulți din cursă se opriră din povești și mă priveau, așteptând să pun mâna pe sticlă și să beau. Am luat sticla, am zis "sănătate" și am băut o gură, arzându-mi-o !! Așa, am primit io botezul Maramureșului, trecând Gutinul și intrând pe Mara, o vale ce se tot lărgeste spre Sighet *cu oameni ciopliți din piatră de o sută de generații* așezați pe o salba de sate cu case de lemn cu cerdac și niște porți masive de stejar sculptate și acoperite cu șindrila, impresionante. Satele se întindeau de-a lungul văii aveau denumiri tare interesante, cu înțelesuri pentru toată lumea care cobora de pe Gutin, pe Mara spre Sighet. Primul sat e Crăcești, care începe să se crăcească ușor, ușor cu case rare până ce ajungi la mijloc unde-i des ! Urmează, dintr-odată, Desești, după care începe Hărnicești, ce durează și durează, și-i cu multe cotituri în tăte formele și la urma: Ferești !! Oare cum de le-a trecut prin minte ordinea asta, firească a lucrurilor naturale. Bravo lor, treaba lor au tot avut timp într-o sută de generații, iar cele naturale și firești au rămas neschimbate de la începutul începutului.

De la Sighet am luat o alta cursă spre Vișeu de Sus, centru de raion unde trebuia să mă prezint la secția sanitară. Era și aceasta cursă plină, plinuță de desagi și maramureșeni ce se comportau la fel ca și cei de pe Mara, Cursa era o rablă și jumătate, pusă la grea încercare să treacă un alt munte spre o altă vale, Valea Vișeuului. Cred că, eram singurul care mă îngrijora starea învechitei mașini și-a drumului. Ei maramureșenii își vedeau de poveștile lor, fără să se sinchisească că vechitura asta ce trosnea și pocnea la fiecare hârtop, doar când se oprea, și se oprea tot timpul, fie stație sau nu, încetau vorbirile și priveau curioși, cine urcă sau coboară, și în ultimul moment aveau ceva sa-și strige unii altora, ori din cursă ori de jos. Eram uimit, aveam impresia că am nimerit în altă lume pe care nu o prea înțelegeam, dar parcă nu-mi era străină și simțeam chiar o mare curiozitate, atracție față de ea și în același timp o oarecare neliniște, grijă.

La secretariatul secției sănătății raionale, era o doamnă obișnuită dar binevoitoare și o tânără foarte, foarte obișnuită. M-am prezentat, cu titlu cu tot, păi ce, nu muncisem eu ani de zile pentru titlul acesta ce era scris și pe *șadulele* primite de la regiune. Odată terminată autentificarea mea, doamna m-a invitat să iau loc și a anunțat medicul șef de raion de sosirea "medicului repartizat la Leordina" . Devenisem un repartizat la dispoziția medicului șef de raion, care, prin secretară, mi-a transmis să aștept. Și am așteptat hipoglicemic, nu mai mâncasem de ieri seara, până a sosit medicul șef adjunct să mă ia în primire. "Șeful cel mare, între timp, a fost chemat la partid, așa ca am sa mă ocup eu de tine" .

Era tânăr ca mine, jovial și puțin, bine, obez și mi-a făcut imediat planul . Azi, rămâi la Vișeu să-ți arăt spitalul și să faci cunoștință cu personalul, mâine mergem la Leordina să-ți vezi circa și oamenii tăi, iar poimâine revii aici, la secție, unde avem ședința lunară de analiza muncii și vei primi prima de instalare. Devenisem un om al muncii programat. A fost necesar pentru începutul meu profesional aici, în necunoscutul Maramureș și departe de Timișoara mea natală în care trăisem până la absolvirea facultății.

Totul, tot era nou și uimitor pentru mine, Leordina, leordenii, personalul, Visaiele ca erau trei comune înșirate pe ața văii: de sus, de mijloc și de jos. Colegii erau tineri simpatici, majoritatea absolvenți de Cluj și de Târgu Mureș, Cei de la Mureș făcuseră facultatea în ungurește și vorbeau foarte rău româna și erau foarte dezinteresați de *maramureșana oamenilor acestor plaiuri*. Medicul șef era pediatru și se lupta cu mortalitatea infantila, foarte mare în Maramureș, iar medicul șef adjunct era clujean și după ce termina stagiul obligatoriu, vroia să plece cu primul tren spre Cluj, să fie cât mai aproape posibil de casă. La ședința medicilor a fost și un tovarăș de la partid, care a criticat aspru *activitatea cadrelor sanitare*, spunându-ne în față, *ca tovarășul prim este nemulțumit, tovarăși, și va lua măsurile de rigoare* ceea ce pe noi, medicii, noi și vechi, ne-a revoltat și mâhnit peste măsură, mai, mai să ne crape obrazul de rușine. Pe mine nemulțumirea tovarășului prim m-a afectat atât de mult, încât, îndată ce am luat prima de instalare, m-am urcat în tren și m-am dus la Cluj, la Ica să mă mângâie, sa-mi treacă aceasta adâncă mâhnire depresivă. Atunci, în tren privind pe geam minunatul peisaj maramureșan , mi-am dat seama ca noi facem parte din acea generație, în care nimeni nu va putea spune *după noi potopul*, fiindcă potopul comunist era deja venit, era pe noi, ne sufoca încet. Mă gândeam, dacă vom scăpa, vreodată, de potopul acesta. Gândeam degeaba, dar așa de încurajare mi-am zis că poate. Poate ! Unii.

Leordina era considerată o cicumscriptie sanitară grea, avea vreo zece kilometri pe șoseaua națională, modernizată ultima dată când au trecut tătarii năvălitori pe ea, la 1717, iar casele comunei erau răsfirate pe toate dealurile din împrejur, până în depărtări. La circă, cu aproape trei mii de suflete leordine vii, era încadrată o soră tânără și harnică, o moașa energetică care moșea înainte de-a mă naște eu, un dezinfector uriaș care nu știa carte, o femeie de serviciu tare slabă, amărâtă dar de treabă.

Peste râul Vișeu, ce curgea dealungul Leordinei, era o comună de ruteni, îi spunea Ruscova, unde medic de cicumscriptie era un medic minion, slab cu un început de chilie ce părea hotărâtă să-i cuprindă cât de curând toată calota craniană, având însă un șarm care compensa toate micile dezavantaje ale înfățișării. *Toată lumea-mi spune Mayer, unii și doctor,*

tu nu. De la început a fost deschis, colegial cu mine, inițiindu-mă în activitatea de circa , în relația cu intelectualitatea satului și în mod special cu organele de stat și de partid, care pentru el erau doar niște puțe uscate fără coaie ! Vorbea bine românește cu accent ardelenesc, profund țărănesc, melodos și intens colorat cu obscenități și din când în când înjura năpraznic ungurește. Venise la circumscripție cu soția, farmacistă, care zicea Mayer între timp plecase cu violonist țigan din Sighet ca avea arcuș mai mare. Asta-i viața la țară, e mai mult timp de futut pentru unii!

Tot la Ruscova era un spital rural și o casa de naștere condus de un medic mușcelan, Doctorul Ștefan, ce terminase facultatea cu doi ani înaintea mea, la Cluj. A venit, să facem cunoștința să-mi spună să-l sun la telefon ori de câte ori am o problemă și Sâmbătă după masă sunt invitatul lor la cină. *Vin și Filipești și Mayer, Tu ce bei ?* Am mulțumit de invitație, de băutură nu am zis nimic. Acasă, la Timișoara, numai Tata bea, duminica, la masă. De unde bani și de băutură ? După ce m-am căsătorit am început să primim de socrii palincă foarte tare și vin bun, dar nu mă atrăgeau.

Filipeștii erau doi. Ea, Eva făcuta sa fie admirată și iubită, și el, Mitică, bine clădit, e drept cam de mult, șeful marelui depozit de lemne, fără nici un fel de ifose de șef. Era agreabil și versat. A fost o după masa și seara foarte plăcută, toți *ne-am făcut servus* de la al treilea pahar de creangă, așa-i ziceau la o palincă bună și trăsnet de tare, afară de Eva. Mă rog, știe și câinele moașei, unele distanțe îs doar de aparență. Olga, soția lui Ștefan, farmacistă m-a impresionat ca amfitrioană iar fiul lor Radu era, sincer, alintatul tuturor. Mayer fuma, vorbea și bea continuu.

Odată cu trecerea zilelor am început să vad și sa cunosc tot mai mult în jurul meu. Nici nu știu cum puteam absorbi atâtea noțiuni și lucruri noi, atâtea evenimente locale. Eram surprins cum mă descurcam în cabinet sau pe teren. Aveam două zile de teren, când umblam pe toate dealurile și văile unde aveam mame cu sugari. Puericultura era prima datorie profesională pentru a scădea cât mai mult mortalitatea infantilă atât de ridicată în Maramureș, așa gândea *partidul cel mare* că sfaturile medicale pot compensa și condițiile materiale și sanitare ale maramureșenilor. Mergeam cu moașa, avea energie, era isteasă și veselă , tot timpul vorbea câte în lună și stele ce erau deasupra Leordinei. La început de tot, a găsit un moment să fim singuri, și mi-a spus că mă roagă să o ascult să-i împlinesc rugămintea, că nu mai are decât câțiva ani până la pensie. Era emoționată, tulburată ceea ce m-a făcut să o îndemn să spună tot ce dorește, deschis

" Domu' doctor, vă rog, nu vă supărați, când mergem împreună pe teren, pe dealuri, dați-mi voie sa merg în opinci, că în pantofi mă dor picioarele" și s-a întrerupt speriată de parcă ar fi spus ceva nepermis, parcă ar fi greșit grav, parcă ar fi păcătuit la ceruri. Tăcută privea în jos. De data asta eram eu emoționat, tare emoționat și sa nu prelungesc starea asta, am aprobat.

"Bine înțeles, moașă dragă, pe teren mergem cum îți e mai bine, în opinci", Mi-a mulțumit cu lacrimi în ochi și a ieșit repede din cabinet. Emoția mea dăinuia, pentru că moașa Măria Leordean, așa în opinci, a moșit tot satul ăsta, ba, ar fi putut să mă moșească și pe mine de când tot moșea. Acum, se naște la casa de nașteri, tocmai la Ruscova, care apucă, *că maramureșencele, de pe la al doilea cocon, una două îl țâpă afara, nu au vreme de născut ca doamnele, au mitră tare !* Care nu apucă până acolo, o cheamă repede pe moașa Leordean, care dă o fugă , în opinci, și odată îi taie buricul și îl leagă, ca are tot timpul o trusă sterilă în caz de nevoie. După naștere, doar șterge ușor pruncul, nu-l spală: *Doamne ferește, domnu' doctor, d'apoi din mă-sa vine curat ca un înger.* Argument irefutabil, ca să nu mai adaug ca nou născutul este acoperit cu strat de sebum cu proprietăți antiseptice. Natura gândește cu mult înaintea omului și gândește mult mai bine.

Era spre sfârșitul lui Noiembrie, într-o sâmbătă dimineață, când adunați în cabinet discutam "*planul C*", un plan codificat, special cunoscut doar de *mica noastră echipă*

sanitară prin care eu o *ștergeam la Cluj cu trenul*, iar ei trebuiau să rămână pe poziție, în gardă. Totul trebuia să fie în ordine până luni dimineață când mă întorceam. Mayer și Ștefan erau deja anunțați că mă duc la Ica și mă acopereau în toate problemele ce se puteau ivi rămânând ca moașa și sora să-i anunțe. Când totul era pus la punct și eu eram pe punctul de plecare, primesc un telefon de la Ștefan, care foarte agitat și neclar, îmi striga în receptor de o mare nenorocire ce s-a întâmplat, dacă am aflat-o și ce părere am. Nu înțelegeam ce spune, dar cum eram cu "*planul C*" în cap m-am gândit ca asta îmi lipsea mie acum, o pacoste care să mă rețină de la plecare.

"Ștefan, Ștefan, te rog, fi explicit, ce s-a întâmplat așa de grav, spune?"

"Păi tu pe ce lume trăiești? Nu știi că l-au asasinat pe Kennedy" mi-a strigat în ureche. Am rămas perplex și am dat un răspuns nepotrivit, dar era o ușurare din subconștient.

"Mulțumesc Cerului, nu-i de la mine din circumscripție!" La care nu am primit nici un răspuns, dar am rămas așa încurcat, uluit. Am dorit să aflu amănunte, dar Ștefan era cu totul altul, calm mi-a zis: *ești tâmpit, pleacă la Cluj, vorbim când te întorci* și-a închis telefonul. Eu am rămas în continuare cu receptorul în mână, zăpăcit și cred că și zâmbeam prostește: are dreptate Ștefan, sunt tâmpit, dar pot pleca la Cluj...

John F. Kennedy era președinte ales al Statelor Unite din 1960. Era bine cunoscut și simpatizat în America, prin lume, era irlandez catolic și provenea dintr-o foarte bogată și mare familie. Fusese militar activ în timpul celui de al Doilea Război Mondial și, în Pacificul de Sud, a fost rănit, ceea ce a însemnat foarte mult în ochii alegătorilor americani, mai ales ca mașina propagandei electorale a propulsat insistent imaginea unui militar devotat la datorie, veteran de război. Era arătos, prezentabil cu față frumoasă, zâmbitoare. Se căsătorise cu o americană de origine franceză, tânără, frumoasă, cultă și împreună formau un cuplu prezidențial cum nu mai avuseseră americanii. În vizitele oficiale făceau furori, senzație și delir. În Franța, Jacqueline a uluit toate mediile politice și artistice cu farmecul francezei sale, dezinvoltura și spontaneitatea, cu rafinamentul gusturilor și cultura ei. Bătrânul De Gaulle rămăsese cu gura căscată ca la *Gioconda lui Da Vinci*, iar John al ei se prezenta peste tot, persiflându-se: *soțul Doamnei Jacqueline Kennedy*. La Berlin, i-a încântat pe toți germanii când a spus tare și răspicat, să se audă până la Moscova lui Hrușciov: "Ich been ein berliner"! Ce să spun a intrat toată germănimia în delir național. Era un bun orator și pe americanii lui i-a pus pe gânduri, lucru mai rar la ei, când le-a spus direct "Nu vă întrebați ce poate face țara pentru voi, ci ce trebuie să faceți voi pentru țara" Frumos, dar degeaba.

Și unul, sau mai mulți s-au gândit că pentru ei și țară ar fi mai bine să-l ucidă pe Kennedy. De ce? Nu știu, nu-i treaba mea, *nu-i din circumscripția mea*. Ce știu, vag, este ca a avut mari probleme americane și internaționale de rezolvat, pe care le-a soluționat sub presiune, într-un anumit fel, ce nu a convenit multora. Poate asasinul, asasinii să fi fost dintre aceștia?

Din România, de sub teroarea potopului comunist, ne imaginam democrația americană imaculată, strălucitoare ca soarele, dar la ea acasă democrația americană avea multe pete. Amerindienii erau înghesuiți în rezervații mizerabile, segregarea rasială împotriva negrilor era cumplită. Începuse o mișcare militantă americană împotriva segregăției maligne, iar J.F. Kennedy a fost favorabil acestei mișcări, dorea abolirea unor statute de segregare și astfel și-a câștigat mulți dușmani printre rasiști, segregacioniști. Apoi a avut de înfruntat și anihilat voința unor generali americani, care, după insuccesul insurgenților cubanezi din Golful Porcilor din Cuba în 1961, i-au cerut președintelui aprobarea să atace ei Cuba și să-l înlăture pe Fidel Castro. Ideea ca exilații cubanezi din Statele Unite să formeze o forță de insurecție armată proprie, care să se întoarcă în Cuba pentru a schimba regimul era a lor, a cubanezilor, pe care CIA -ul a îmbrățișat-o și a făcut planuri cu date greșite, subestimări, au mizat pe aranjamente puerile și propagandă anticomunistă, iar președintele Eisenhower, predecesorul lui Kennedy, a aprobat planul și finanțarea lui. Kennedy, doar de câteva luni președinte, a zis OK și dezastrul *operației gândite de CIA s-a produs*. Era normal, CIA se pricepe la mici

găinării, dar nu la mari operații întâi că au trimis vreo mie cinci sute de exilați cubanezi entuziaști în fața unei armate de un sfert de milion de soldați bine instruiți care îi aștepta fiindcă *operația secretă era pe buzele tuturor cubanezilor* din Florida, plus date concrete aveau de la agenții cubanezi și KGB. Insurgenții cubanezi au fost învinși fiindcă Kennedy a refuzat categoric cererea CIA și a armatei americane de a-i ajuta imediat, în acele trei zile, pe insurgenții cubanezi. Acest categoric refuz i-a mărit numărul dușmanilor, la care, apoi, s-a adăugat un numeros grup extrem de revoltat și nemulțumit de Kennedy *după criza rachetelor din 1962*, când Hrușciov nu a plecat din Cuba numai cu rachetele sale dar și cu promisiunea fermă că americanii nu vor mai încerca vreodată să invadeze Cuba și își vor retrage rachetele nucleare din Italia și Turcia...

Deci era de unde să se găsească un asasin singuratic sau câți or fi fost, fiindcă s-au auzit mai multe focuri de armă, din direcții diferite. Dar, de la început nu s-a pus așa problema ci totul a fost să se găsească *repede un ac în clăia de fân*. Nici o problemă pentru brava poliție americană, cea mai grozavă în filme, care în câteva minute a găsit arma criminala la un etaj dintr-un depozit de cărți, era acolo, expusă ca într-un muzeu, lângă fereastra de la care s-a auzit foc de armă, și apoi au trecut numai câteva ore până l-au prins și pe asasin ! Extraordinar, ce poliție texană, mai grozavă decât în toate filmele lor de până acum !! Prezumtivul asasin, Lee Harvey Oswald , fost soldat american ce a trecut în marea Uniune Sovietică de unde, după un timp, s-a întors, și acum, fiind sub paza severă a bravei poliții a fost împușcat mortal, în fața camerelor de luat vederi, că să fim siguri că așa s-a întâmplat, de către unul, Jack Ruby, pe care nimeni nu l-a observat, să-l întrebe ce caută pe acolo în clădirea închisorii cu securitate maximă. Palpitant de Hollywood !! De acum înainte, este destulă gumă de mestecat pentru toată lumea, să urmărească în continuare, cu emoție și pasiune acțiunea de căutarea a adevăraților complotiști și pe cei ce au apăsat pe trăgaci, fiindcă se pare, după acest început polițienesc de Dallas, luat razna pe piste greșite, poate special prefabricate, că de fapt este vorba de o conspirație. De o înaltă, puternică și perfidă conspirație. De abia de acum înainte vom vedea cât de apți și curajoși sunt detectivii, polițiștii și investigatorii americani.

De la Cluj spre Maramureș, pleca seara târziu un personal direct până la Sighet, care ajungea la Leordina dimineața. Distanța era parcursă cu o medie de douăzeci și cinci de kilometri pe oră, o izbândă ceferistică, având în vedere staționările și traseul. La Dej așteptam nu știu ce legătură, la Beclean pe Someș altă așteptare, la Salva stăteam o oră, să se odihnească locomotiva, pentru că începea marele urcuș pe calea ferată Salva - Vișeu până în Dealul Ștefăniței, o bijuterie inginerescă într-un peisaj montan aproape sălbatic. Mie, Dealul Ștefăniței îmi suna atât de frumos de parcă are ecoul unei iubiri de demult, în care tinerii după ce s-au iubit prima dată, ca niciodată după aceea, pe acest plai montan au rămas împreună până la sfârșitul vieții, străbătând toate furtunile ei și puținele lor bucurii. Dealul Ștefăniței.

Dimineața la Leordina mă aștepta în gară, că așa vroia ea, Măria, femeia de serviciu, care, pe cât era de simplă pe atât de credincioasă. Mă bucuram să o vad, așa mică și sfioasă cum era cu năframa trecută până peste buza de jos. Împreună mergeam spre dispensar, care era în marea clădire a Căminului Cultural, unde aveam și eu o cameră cu un dulap și o canapea. Pe drum îmi spunea cea a fost în lipsa mea aici: *O fo' bine și nu vo' cătat nimeni de la raion. Burdeț o fost beat și s-o răsturnat cu motoru' lui în șanț. L-o pansat Sora Anișca a doua zi și la urmă o înjurat-o, pă semne nu era treaz încă. Și mă iertați, domnu doctor, și pe dumneavoastră v-o înjurat o țără. Zâmbesc și eu o țără, nu mă interesează, la ce te poți aștepta de la un președinte de sfat popular plantat acolo de *partidul cel mare* numai pentru faptul că înainte fusese portar la raionul de partid. Școală serioasă de partid.*

Măria mai avea ceva să-mi spună, ceva foarte însemnat să știu din timp la ce să mă

ăștept: că *tată Leordina știe că ați zâs, când ați aflat că l-o omorât pe președintele Americii, că nu-i de la noi din circumscripție. De la Dr. Mayers-o auzit că o fost la bufet la noi, la Nistor. Mulți râd și se întreabă cum de nu ați știut nici atâta lucru, că era din America. Asta-i bună, râsu' pe pământ, fie. l-am spus Măriei să-i lasă să râdă, că io nu le știu pe toate. Dar ea era determinată să mă apere: *Trebuie să le spuneți că ați glumit, că știați că e vorba de președintele Americii.**

" Bine, bine, așa am să fac, acum mă duc să mă culc o țără. Să mă trezești într-o oră."

Când m-am dus în dispensar erau *toată trupa* prezentă și bine dispusă. Agopșa, uriașul nostru dezinfector, era cu un cap mai mare ca mine și de două ori mai lat în spate, avea o gură până la urechi, atât de mult îl înveselise cele două mari noutăți din comună: cea cu Burdeț cum s-o răsturnat beat cu motoru' în șanț și a doua, aflase și el că *Kennedy nu era de la noi din circumscripție*. Sora Anișca era puțin îmbufnată pe Burdeț *care o suduit-o* și să se răcorească la gratulat cu o injurie locală: *marea cui l-o făcut de bou*. Moașa i-a atras atenția *sa nu vorbească așa de fața cu dom'doctor*. Și în atmosfera asta de luni dimineață, mă sună Ștefan să mă întrebe cum a fost la Cluj și să-mi spună că: *e adevărat, Kennedy nu era de la tine din circumscripție !*

Până spre sfârșitul anului nu am scăpat de ironii, tachinării și glume din partea colegilor și a cunoștințelor apropiate despre Kennedy. Un torent de remarci acidulate și persiflări a trecut peste mine, al căror ton erau date de Mayer și Ștefan. Nu am scăpat nici la raion, la o ședință lunară de la Secția Sănătății, când însuși medicul sef, Doctorul Terțan nu m-a iertat, subliniând cu pretinsă înțelegere și false îngrijorări *prin ceea ce ai fi trecut, dacă Kennedy ar fi fost de la tine din circumscripție. Venea ministru în persoană !* În răsul general, i-am mulțumit fiindcă *sunt convins că într-o asemenea situație ați fi fost lângă mine*. Și în timp ce înghiteam alte comentarii ironice, în gând îi pomeneam, de bine, pe Mayer și Ștefan, întâi de toate.

Adevărul era că începusem să fiu și eu interesat de asasinarea președintelui american, molipsindu-mă de la Ștefan care devenise obsedat, chinuit de subiect, citea tot ce apărea și comenta întruna. Cel mai mult îl stăpânea conspirația mafiotă din moment ce Jack Ruby, mafiot dovedit, l-a lichidat pe Lee Oswald în manieră mafiotă. îl obseda mafia, fiindcă îi schimbase pista rusească pe care o bănuia el. Se și scria mult despre acest asasinat, toți găseau noi martori, aveau ipoteze și teorii, toți se combăteau unii pe alții. A fost numită și o comisie specială de

investigație, Comisia Warren, care de la început nu a avut credibilitate, ancorându-se în teoria asasinului unic, Lee Oswald. Comisia asta arăta ca un câine ce se învârte să-și prindă coada, dar se vedea clar că de fapt nu dorește să și-o prindă, îi era frică să și-o prindă !! Putea fi șocant pentru americani și foarte periculos pentru însăși comisia în cauză. își dădeau seama de puterea acelei conspirații, care dacă a ucis cu atâta ușurința un președinte american, păi Comisia Warren e un fleac, deci toată comisia stătea pilită în spatele lui Lee Oswald

Ceea ce mi s-a spus în legătură cu acest tragic episod istoric, a fost cu totul altceva, și m-a uimit pe mine mult mai mult, a fost observația că ceva important se schimbă în politica românească, din moment ce nu mai defilam de 7 Noiembrie - ziua mării revoluții din octombrie -nici nu s-a transmis parada integrală de la Moscova ci s-au transmis, în direct și complet de la Washington, funeraliile lui John F. Kennedy ...

INFORMATII ESENTIALE PENTRU CONTROLUL INFECTIEI

*Dr. Ioana ASTANI, medic primar O.R.L.
Spitalul Județean de Urgență "Dr. Constantin Opreș" » Baia Mare*

INTRODUCERE

Înainte descoperirea și introducerea antibioticelor, infecțiile localizate la nivelul capului și gâtului au fost o cauză de morbiditate serioasă ducând la complicații majore și deces. Totuși, antibioterapia a transformat aceasta situație și infecțiile care odată erau amenințătoare, au devenit controlabile și tratabile. Odată cu folosirea tot mai frecventă a antibioticelor, bacteriile răspund prin dezvoltarea rezistenței. Recunoșterea acestora a dus la dezvoltarea mai multor varietăți de antibiotice care își mențin activitatea împotriva bacteriilor, dar organismele sunt în continuare capabile să se adapteze și să devină antibiotic-rezistente. Cu trecerea timpului, situația a devenit mai serioasă, pacienții dobândind infecții severe, ce au dus la morbiditate semnificativă sau deces în spital. Cele 2 infecții bacteriene care au izbucnit în spitale în ultimii ani au fost cu stafilococ aureus metilicilin-rezistent (MRSA) și cu *Clostridium difficile*. Aceste infecții nu sunt restricționate la anumite părți specifice ale spitalului și pot afecta orice pacient și orice arie clinică. Otorinolaringologii trebuie să înțeleagă aceste boli, în special dacă practică proceduri chirurgicale la nivelul capului și gâtului. La potențialele consecințe clinice serioase ale infecțiilor se adaugă și implicațiile medicolegale care pot afecta medicul, individual. A devenit imperativ să se introducă măsuri care să controleze rapid și să ducă la eradicarea acestor infecții.

CONTROLUL INFECTIEI IN UK

Ca o consecință a creșterii incidenței acestor infecții și a cerinței unor medii spitalicești sigure s-au luat măsuri de politică sanitară. Staff-ul individual la toate nivelele trebuie să se alinieze la politica asupra infecției a spitalului. Dacă un pacient moare cu infecție cu MRSA care a rezultat că o încălcare a politicii spitalului, atât spitalul cât și o persoană dacă este găsită responsabilă pot fi acuzate penal. Această situație a atins un nou nivel de importanță împreună cu dorința de a preveni și a trata aceste infecții în mod viguros, dacă apar. Multe spitale au introdus conceptul de "toleranță zero" pentru nerespectarea politicii asupra infecțiilor. S-au creat echipe de control al infecțiilor, cu clinicieni din specialități diferite. Se va restricționa folosirea antibioticelor numai la pacienții la care sunt într-adevar necesare. În Spitalul Universitar din *Liverpool* pacienților supuși chirurgiei capului și gâtului li se administra, până de curând, cefuroxim la 8 ore și metronidazol. Totuși pentru a combate infecția cu *C.difficile* cefuroximul a fost înlocuit cu o singură doză de tazocin. S-a pus accent pe curățenie și dezinfecție. Spălarea frecventă a mâinilor este încurajată. Se va evita purtarea ceasului și a bijuteriilor în ariile clinice. Staff-ul medical este necesar să fie informat asupra politicilor locale ale spitalului înainte de a începe munca clinică.

INFECȚIA CU C.DIFFICILE.

Este o amenințare semnificativă în mediul spitalicesc și a dus la șederi prelungite în spital pentru mulți pacienți ca și decese.

Cdifficile este comensal în 2 – 3% din adulți și 10 – 20% din vârstnici. Este transmis direct prin mâini și suprafețe contaminate. Bacteria este un bacil gram-pozitiv anaerob formând spori. Sporii sunt rezistenți la multe substanțe dezinfectate, inclusiv la alcool, dar sunt omorâți de substanțe ce eliberează clor.

Secvența evenimentelor este că un pacient spitalizat este expus la o tulpină de *Cdifficile* toxigenă care colonizează intestinul. Infecția rezultă când unui pacient i se prescrie un antibiotic care afectează flora intestinală și facilitează transformarea sporilor și proliferarea

încărcaturii clostridiene.

Tulpinile patogene produc enterotoxina (toxina A) și citotoxină (toxina B). Complicațiile infecției sunt deshidratarea, dezechilibru electrolic, colita psudomembranoasă, perforația colonică, megacolonul toxic și decesul.

Factorii de risc: Anuminte antibiotice, în special antibioticele cu spectru larg și clindamicină, induc aceste evenimente: inhibitorii refluxului gastroesofagian promovează creșterea *C. difficile*, vârsta peste 65 de ani, tratament cu antibiotice cu trei luni înainte de internare, internare anterioară, boala inflamatorie a intestinului, medicație citotoxică.

Trăsături clinice: diaree, febră, durere abdominală severă, sângerare gastrointestinală joasă și neutrofilie.

Tratament: se izolează pacienții, spălarea mâinilor după fiecare contact sau folosirea mănușilor, dezinfecție cu soluție de hipoclorit, hidratare intravenoasă; metronizadol intravenos sau vancomicină oral pentru 10 zile.

INFECTIA CU MRSA

MRSA este o problemă de sănătate publică semnificativă în multe țări și incidența sa a crescut în ultimul deceniu în UK.

Epidemiologie: rata infecțiilor dobândite în spital cu MRSA este de 5 – 10%. Bacteremiile cu MRSA variază de la 0,7% în Suedia la 45% în Grecia, conform Sistemului de Supraveghere Antimicrobial European EARSS. MRSA nu este mai patogen decât stafilococul aureus metilicilin sensibil. În UK, Oficiul de Statistici Naționale, în 2005 a arătat că MRSA a contribuit la decesul a 1629 pacienți, comparând cu 7233 pacienți cu bacteremie.

Factorii de risc: infecția urmează contactului cu mâini contaminate și o tehnică aseptică problematică; vârstnici, Diabet Zaharat, Insuficiență Renală, imunosupresie. Cea mai frecventă cauză identificată de bacteremie cu MRSA au fost canulele intravenoase și/sau cateterul urinar

Prevenție: un standard ridicat după contactul cu pacienții și folosirea alcoolului; protocoale de tehnică aseptică, folosirea corectă a canulelor intravenoase și a cateterelor urinare, se identifică pacienții cu risc crescut de infecție la internare.

Tratament: colonizarea nazală este eradicată cu unguent cu mupirocin la nivelul nărilor anterior. Trei seturi de screeninguri săptămânale negative certifică faptul că colonizarea a fost eradicată. Bacteremia cu MRSA se tratează cu vancomicină intravenos.