

Redactor-șef Ion MEREUȚĂ

Vice-redactori M. EFTODI, Șt. GAȚCAN, V. GHERMAN
Asistenți ai redactorului L. MUNTEANU, S. LUPU, V. CARAUȘ
Redactori tehnici L. AXINTE, M. ȚURCAN
Consultații juridice Gh. HIOARĂ

Colegiul de redacție:

I. ABABII, Chișinău, RM
Gh. GHIDIRIM, Chișinău, RM
C. EȚCO, Chișinău, RM
D. TINTIUC, Chișinău, RM
M. CECAN, Chișinău, RM
M. MAGDEI, Chișinău, RM
G. GEIMS WELCH, Viena, V.A. SUA
M. BULANOV, Moscova, Rusia
M. NECHIFOR, Iași, România
A. PETROPOULUS, Germania
I. COCUBO, Japonia
Vadim COJOCARU, Chișinău, RM
Victor COJOCARU, Chișinău, RM
A. TESTEMIȚANU, Chișinău, RM
I. CORCIMARU, Chișinău, RM
A. ODOBESCU, Chișinău, RM
D. SOFRONI, Chișinău, RM
S. SOFRONIE, Chișinău, RM
E. DIUG, Chișinău, RM
S. GROPPA, Chișinău, RM
V. BUTNARU, Chișinău, RM
C. ANDRIUȚA, Chișinău, RM
A. CEORNÎI, Chișinău, RM
Gh. MUȘET, Chișinău, RM
V. BAIRAC, Chișinău, RM
G. NEMSADZE, Tbilisi, Georgia
V. PUȘKARIOV, Kiev, Ucraina
E. GUDUMAC, Chișinău, RM
V. PROCOPIȘIN, Chișinău, RM
Gr. CHETRARI, Bălți, RM
N. TARAN, Chișinău, RM
V. GHICAVÎI, Chișinău, RM
V. HOTINEANU, Chișinău, RM
V. CIBOTARU, Chișinău, RM
V. SAVIN, Chișinău, RM
T. ȚÎRDEA, Chișinău, RM
A. SAULEA, Chișinău, RM
A. COLOMEETȚ, Chișinău, RM
Iu. TITOV, Moscova, Rusia
I. CUVȘINOV, Chișinău, RM
N. CAPROȘ, Chișinău, RM
T. VASILIEV, Chișinău, RM
N. GHIDIRIM, Chișinău, RM
A. TÂNASE, Chișinău, RM
Gr. ZAPUHLÎH, Chișinău, RM
S. ȘTEPA, Chișinău, RM
A. SERBENCO, Chișinău, RM
B. MELNIC, Chișinău, RM
N. GLADUN, Chișinău, RM
D. CROITORU, Chișinău, RM
B. UNTU, Chișinău, RM
L. PUTÎRSCHII, Minsk, Belarusi

Adresa redacției:

MD 2025, Chișinău, str. Testemițanu, 30
Institutul Oncologic din Moldova,
Clinica oncologie-microchirurgie, et.3
prof. Ion Mereuță
fax: 73.33.27, e-mail: mereutaion@yahoo.com

Rechizite bancare:

BC "Mobiasbanc"
Filiala nr.4
cod fiscal 39644014
cod bancar 280101810
cod de decontare 22240014984654

CUPRINS

<i>I. Mereuță, M. Lupu, Șt. Gațcan</i> RESPONSABILITATEA PENALĂ ȘI ACTIVITATEA MEDICALĂ. CULPELE ȘI CLASIFICAREA LOR	3
<i>V. Gherman</i> UTILIZAREA MARKETING-ULUI ÎN DOMENIUL TEHNICO-MEDICAL	12
<i>A. И. Гуцуляк, К. М. Тагиев, В. П. Серeda</i> МЕНЕДЖЕМЕНТ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	16
<i>A. Cernii, E. Tudor, A. Sandul, Gh. Țimbalari</i> EVALUARE HISTOPATOLOGICĂ ȘI ELECTRONOMICROSCOPICĂ A EFICACITĂȚII TRATAMENTULUI ANTIRECIDIVANT APLICAT LA PACIENȚI CU POLIPOZĂ RINOSINUZALĂ ASOCIATĂ CU ASTM BRONȘIC, INTOLERANȚĂ LA ASPIRINĂ ȘI ALTE ANTIINFLAMATOARE NESTEROIDIENE	19
<i>P. Rusu</i> CONDUITA CHIRURGICALĂ ÎN CANCERUL COLONIC COMPLICAT CU EXSTENSIA TUMORII ASUPRA ORGANELOR ȘI ȚESUTURILOR ADIACENTE	22
<i>S. Lupu</i> ASPECTE MANAGERIAL-FINANCIARE A CHELTUIELILOR BUGETARE PENTRU SERVICIILE DE SĂNĂTATE	26
<i>V. Carauș</i> UNELE ASPECTE A PROCESULUI TEHNOLOGIC DE PREGĂTIRE A BALSAMULUI "FĂȚ-FRUMOS"	28
<i>V. Ghicavii</i> SOARTA PIRAZOLONELOR	30
<i>L. Bumacov, N. Bacinschi, V. Ghicavii</i> UTILIZAREA FEZAMULUI ÎN MEDICAȚIA TRAUMATISMULUI CRANIO-CEREBRAL	34
<i>T. Chiriac, V. Ghicavii</i> INFLUENȚA SUBSTANȚEI HPT- 49 ASUPRA MICROCIRCULAȚIEI LA ȘOBOLANI	37
<i>A. Crețu, A. Testemițanu, M. Eftodi</i> EXPERIENȚA MONITORIZĂRII AMBULATORII A TENSIUNII ARTERIALE	40
JUBILEE Vasile BAIRAC - la 50 de ani	43
IN MEMORIAM EFIM ALEXEEVICI MUHIN - FARMACOLOG REMARCABIL AL SECOLULUI XX	44
CERINȚELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR	48

CONTENTS

<i>I. Mereuta, M. Lupu, St. Gațcan</i> CRIMINAL RESPONSIBILITY AND MEDICAL ACTIVITY. THE GUILT	
<i>V. Gherman</i> THE USE OF MARKETING IN TECHNO-MEDICAL DOMAIN	
<i>A. Gutuleac, K. Tagiev, V. Sereda</i> MANAGEMENT OF EARLY DIAGNOSIS AND MAMMARY GLAND CANCER TREATMENT	
<i>A. Cernii, E. Tudor, A. Sandul, Gh. Timbalari</i> HISTOPATHOLOGICAL AND ELECTRON MICROSCOPIC EVALUATION OF THE ANTI- RECURRENT TREATMENT EFFECTIVENESS OF PATIENTS WITH RHINO-SINUSAL POLYPOSIS ASSOCIATED WITH BRONCHIAL ASTHMA, INTOLERANCE TO ASPIRIN AND OTHER NON- STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS	
<i>P. Rusu</i> SURGICAL BEHAVIOUR IN CASE OF COMPLICATED COLON CANCER WITH EXTENSION OF TUMOR OVER ADJACENT ORGANS AND TISSUES	
<i>S. Lupu</i> MANAGERIAL-FINANCIAL APPEARANCES OF BUDGET EXPENDITURES IN HEALTH SERVICES	
<i>V. Caraus</i> SOME ASPECTS OF TECHNOLOGICAL PROCESS OF PREPARING THE BALM "FAT-FRUMOS"	
<i>V. Ghicavii</i> PYRASOLON'S DESTINATION	
<i>L. Bumacov, N. Bacinschi, V. Ghicavii</i> THE USE OF FEZAM IN TREATMENT OF SKULL- CEREBRAL TRAUMA	
<i>T. Chiriac, V. Ghicavii</i> INFLUENCE OF THE SUBSTANCE HPT-49 ON RATS' SANGUINE MICRO-CIRCULATION	
<i>A. Crețu, A. Testemițanu, M. Eftodi</i> THE EXPERIENCE OF NON-RESIDENTIAL MONITORING OF ARTERIAL BLOOD PREASSURE	
ANNIVERSARIES Vasile BAIRAC's 50 th anniversary	
IN MEMORIAM EFIM ALEXEEVICI MUHIN – REMARKABLE CHEMIST OF XX TH CENTURY	
PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS	

I. Mereuță, M. Lupu, Șt. Gațcan

RESPONSABILITATEA PENALĂ ȘI ACTIVITATEA MEDICALĂ. CULPELE ȘI CLASIFICAREA LOR

This article reflects the fundamental notions of criminal responsibilities, the types of criminal illegality and the principles of estimating the correctness of medical actions. There are also reflected the principles of estimate and classification of medico-criminal guilt.

Key words: criminal responsibility, medical activity, guilt.

Răspunderea penală este o instituție a dreptului penal care alături cu celelalte două instituții fundamentale a acestuia **infrațiunea** și **sanctiunea**, reprezintă componentele de bază ale întregului sistem de drept penal.

Răspunderea penală este o formă a răspunderii juridice și reprezintă consecința nesocotirii dispoziției normei juridice penale. Răspunderea penală ar putea fi interpretată ca o consecință juridică a săvârșirii infrațiunii care constă în obligațiunea de a supune persoana măsurilor de constrângere juridico-penale.

Prin răspundere juridică se înțelege obligația unei persoane de a suporta o anumită consecință juridică sau o anumită sancțiune. Putem spune că, pentru existența răspunderii penale este nevoie de a determina caracteristicile ei, care constau din:

- Existența infrațiunii;
- Subiectele răspunderii penale;
- Conținutul răspunderii penale;
- Obiectul răspunderii penale.

Cauzele răspunderii penale sunt:

- Ilegalitatea acțiunii;
- Fapta săvârșită cu vinovăție.

Teoria dreptului deosebește trei tipuri de ilegalitate penală: directă – interzicerea nemijlocită de legea penală a acțiunii respective, mixtă – recunoașterea acțiunii interzisă de legea penală „în legătură cu aceea și cu atât”, cu cât ea este recunoscută ilegală de către alte ramuri ale dreptului. Ilegalitatea condiționată a acțiunilor care în condiții obișnuite sunt social pozitive și provoacă prejudiciu numai în cazuri relativ rare, din care cauză reglementarea cu norme de drept nu este posibilă. Acțiunile și încălcările ilegale a obligațiilor profesionale medicale pot fi atât directe cât și condiționate. Directă este ilegalitatea

acțiunilor conținute în încălcarea de către lucrătorii medicali a obligațiilor speciale prevăzute de lege de a acorda ajutor bolnavului.

Aceste acțiuni au fost numite „terapie incorectă”. Ilegalitatea acțiunilor nu este așa de vădită nu numai din cauză că, legea penală nu conține norme speciale ce să interzică așa acțiuni. Doar, ilegalitatea acțiunilor ce provoacă moartea și dauna sănătății omului, de către legea penală este prevăzută.

Specificul activității medicale nu permite de a analiza așa urmări ca condiție suficientă pentru recunoașterea acțiunilor (inacțiunilor) lucrătorilor medicali, ca ilegale. De aceea survenirea morții sau înrăutățirea sănătății pacientului, chiar și în prezența legăturii cauzale a acestor urmări cu acțiunea (inacțiunea) lucrătorilor medicali, nu ne dă o bază pentru a aprecia ca fiind ilegală. Este necesară și o a treia condiție – incorectitudinea acțiunii medicale.

Scopul activității medicale constă în tratarea oamenilor, folosind metode, mijloace și manipulații de intervenții medicale cu bază științifică. Aceasta înseamnă că la baza unui act medical trebuie să stea cunoașterea respectivă a legităților biologice a organismului omenesc, ce să permită acțiunea asupra lor în sens pozitiv și de a prezice din timp cu un grad de probabilitate cât mai înalt, rezultatul lui. De aceea aplicarea metodelor și mijloacelor ne fondate științific nu poate îndreptăți scopul pentru care a acționat reprezentantul profesiei medicale. În așa mod, ilegală se consideră acțiunea săvârșită de lucrătorul medical cu scop de tratament, care nu corespunde regulilor și metodelor existente în știința medicală și se găsește în legătură cauzală cu urmările, survenite pentru pacient în formă de producere a morții și dauna adusă sănătății. Aceasta este importanța regulilor existente în medicină pentru aprecierea acțiunilor medicale ca ilegale. Următoarea

întrebare, care necesită o rezolvare este concretizarea înțelesului de reguli a medicinei. Pentru aprecierea legalității acțiunilor medicale, e necesar de avut o închipuire exactă despre faptul, corespund oare aceste acțiuni regulilor medicinei sau nu corespund. Însă regulile și metodele de tratament existente în medicină nu sunt o categorie axiomatică. Dacă le vom recunoaște în așa mod, vom lipsi activitatea medicală de caracter creativ. Regulile științei medicale sunt apreciate de nivelul dezvoltării medicinei la o perioadă de evaluare a ei, în procesul căruia apar noi reguli și metode de tratament. Sunt respinse pozițiile vechi, se fac schimbări în metodele, manipulațiile, operațiile existente. Apar chiar și noi concepții de tratament.

În așa mod aprecierea corectitudinii **acțiunilor medicale** trebuie să se facă după nivelul stării de dezvoltare a **medicinei la momentul săvârșirii** lor, dar nu la momentul anchetei și examinării judiciare a **cazului penal**.

Este foarte important ca nivelul cunoștințelor minimal necesare, ce trebuie aplicate la efectuarea unui act medical, să fie identic pentru toți lucrătorii medicali. (Ex: Nivelul medical ce stă la baza efectuării unui act medical concret, nu trebuie să fie diferit la un profesor și la un medic din spital de circumscripție). Această și apreciază așa-numitele standarde medicale, dar și ele sunt relative și apreciate de mulți factori.

Aprecierea ilegalității acțiunilor include în sine încă un moment. Dacă nivelul cunoștințelor medicale supuse aplicării sunt determinate de însăși acțiunea, apoi caracterul și sfera aplicării lor nemijlocite se determină prin raportul către subiectul acestei acțiuni. Adică nivelul cunoștințelor medicale a lucrătorului medical se determină de categoria sa profesională: medic, soră medicală, felcer. Aceasta și apreciază nivelurile asistenței medicale.

Cele expuse mai sus, permit concretizarea de mai departe a conceptului de „nivel minim-necesar de cunoștințe medicale”, profesiogramă, etc.

Acesta este un complex de cunoștințe, obligatorii pentru lucrătorul medical, de grupa și categoria profesională corespunzătoare, ce-i permite și-l obligă să aprecieze necesitatea efectuării unor acțiuni medicale, ce se referă la sfera aplicării directe de către reprezentanții altei categorii sau grupe profesionale. Adică neposedînd la perfecție metodele de tratament a patologiilor ginecologice, medicul chirurg e obligat să posede acel minim necesar de cunoștințe,

care-i permite să hotărască necesitatea consultației ginecologului.

Culpa și răspunderea penală apare atunci cînd o faptă medicală este făcută cu vinovăție și determină un prejudiciu sănătății sau chiar vieți, iar între faptă și prejudiciu există o legătură de cauzalitate. Culpa poate fi în condițiile:

1. Existența unei datorii profesionale;
2. Neîndeplinirea acestei datorii făcute cu vinovăție;
3. Apariția unui prejudiciu datorat acțiunii sau inacțiunii;
4. Demonstrarea legăturii cauzale între fapta medicală și prejudiciu.

Chiar în situațiile de prejudiciu mortal, dacă nu se poate demonstra legătura cauzală nu poate apărea imputabilitatea.

Concepțiile juridice de pînă acum au considerat culpa profesională ca:

- o încălcare a unei obligații de diligență și prudență, de sîrguință, zel, promptitudine și competență a medicului;
- o lacună pe care un alt medic, în aceleași condiții și circumstanțe de lucru nu ar fi comis-o;
- o încălcare a regulilor profesionale, de toți admise, prin neatenție, neglijență și imprudență;
- o neprevădere urmată de prejudicii, deși, în condițiile date, subiectul trebuia și putea să prevadă aceste prejudicii.

Conținutul culpei medicale poate fi variabil: abateri de la umanismul medical, abateri de la prudența comună medicală, greșeli de tehnică medicală.

Aprecierea culpei judiciare se face prin observarea lipsei de prevedere care înfrînge o regulă profesională medicală, în condițiile deplinei libertăți de alegere a medicului. Dacă există condiții obiective care restrîng libertatea de acțiune a medicului și determină prejudiciul în ciuda prevederii (medicul fiind epuizat sau bolnav), nu vom fi în fața unei culpe.

Nu toate prejudiciile apărute după un act medical sînt consecința unei greșeli sau culpe medicale. Chiar în prezența unor multiple omisiuni, nu se poate face incriminare pentru prejudiciu dacă nu există raportul de cauzalitate. Există multiple situații în care victimele unor agresiuni mor ulterior în spital datorită unor leziuni ce complică, realizînd situația juridică de vătămare corporală cauzatoare

de moarte. Nu de puține ori, reclamantul cere expertiză medico-legală incriminând ineficiența actului medical. În formulările organului de urmărire penală care ordonă expertiza: se cere a se aprecia dacă atitudinea (conduita) medicală a fost oportună, suficientă.

Culpa medico-penală, asemenea altor culpe, poate fi de mai multe forme:

– Culpa comisivă constă într-o stîngăcie, imprudență, nepricepere, nedibăcie, nepăsare față de cerințele bolnavului, temeritate nejustificată de o necesitate, folosirea inadecvată a condițiilor de lucru sau o ușurință în activitatea medicală care reclamă atenție și prudență deosebită.

– Culpa omisivă apare cînd bolnavul își pierde șansa de vindecare sau supraviețuire datorită neexecutării unor gesturi necesare. Omisiunea însăși poate apărea prin indiferență, nebăgare de seamă, neglijență este culpabilă dacă între ea și prejudiciu există legătura cauzală.

– Culpă tehnică rezidă într-o alegere greșită a procedurilor tehnice, într-o delegare către o persoană nepotrivită a unor obligații sau în delegarea obligațiilor proprii unor alte persoane, încălcînd principiul potrivit căruia „atribuțiile delegate nu se delegă”.

– Culpa corelativă rezidă în încălcarea unei datorii de confraternitate privind solicitarea și obligația de a răspunde la un consult interclinic, prin nesolicitarea unui ajutor, prin neinformarea despre soarta bolnavului sau prin nesupravegherea corectă și adecvată a subalternilor.

Din alte puncte de vedere, culpa poate fi:

– imediată – cînd între greșeală și prejudiciu nu se interpune nici un factor cu caracter de condiție;

– mediată – cînd între greșeală și prejudiciu se interpune activitatea culpabilă a unei terțe persoane sau chiar a bolnavului.

Criteriile clasice folosesc terminologia augmentativă și diminutivă pentru culpă, împărțind-o în: *lata* – gravă; *levis* – medie, pentru un om obligat la o prevedere medie; *levissima* – pentru un om obligat la o prevedere excepțională.

Criteriul de apreciere a culpei este raportarea la atitudinea profesională normală – rezonabilă a unui alt medic, care, în aceleași condiții de lucru, nu ar fi comis culpa. Din punct de vedere juridic, se ține seama de capacitatea subiectului de a fi acționat liber și de capacitatea lui de a răspunde pentru prejudiciul creat.

Comisiile de Expertiză Medico-Judiciare primesc ordonanțele de efectuare a expertizelor de la judecătorii sau de la organele de urmărire penală ca urmare fie a solicitării acestora din partea victimei sau a familiei ei, fie a solicitării presupusului făptuitor.

Acuzele incriminative de culpă sînt uneori multiple, făcîndu-se pentru omisiune și comisiune deopotrivă, fie pe criteriile duble sau triple, în funcție de conținutul culpei (incompetență, neglijență, încălcarea prudenței comune). Răspunsurile Comisiei de Expertiză Medico-legală sînt detaliate pentru fiecare acuză în parte, confirmînd unele dintre ele și infirmînd altele.

O clasificare a formelor culpei medico-penale se poate deduce din însuși conținutul culpei. Se diferențiază astfel:

1. Culpa dolosivă (înșelăciune) – intenționată.
2. Culpe contra umanismului medical – prin violarea datoriilor de umanism incluse în exercitarea funcției medicale, lipsind orice caracter intențional.
3. Culpe contra prudenței comune – prin nerespectarea regulilor de prudență ce se impun tuturor oamenilor, caz în care răspunderea este angajată ca pentru oricare om.
4. Culpa pentru practică neautorizată.
5. Culpe în exercițiul profesiei care privesc tehnica medicală – prin încălcarea regulilor științifice stabilite de profesiune.

Culpa dolosivă – intenționată

Culpa intenționată este comisă cu voința de a împlini actul care determină paguba și cu dorința de a se produce consecințele. *Dolul* constă în faptul de a acționa cu scopul de a aduce altuia un prejudiciu.

Consecințele pentru medicul ce comite o culpă intenționată sînt deosebit de grave. Deoarece intenția este elementul esențial și în probarea crimelor (infracțiunilor), multe culpe intenționate implică responsabilitate penală pe lîngă responsabilitatea civilă. Judecarea unui act criminal poate avea drept consecință pentru medic retragerea dreptului la practică medicală. Vom analiza cele mai frecvente culpe intenționate.

1. Afrontul și molestarea

(*insulta, jignirea, maltratarea și brutalizarea*)

Afrontul și molestarea reprezintă o combinație a două culpe intenționate.

Afrontul este o atitudine care pune o persoană

în pericolul rezonabil de a fi atinsă într-o manieră insultătoare, provocatoare sau injurioasă din punct de vedere fizic. Molestarea este atingerea însăși în desfășurare. Ambele acte sînt făcute fără autorizare legală sau permisiune personală.

(1) Actul intenționat este comis de medic fără consimțămîntul bolnavului.

O situație asemănătoare este operația făcută de un medic fără consimțămîntul bolnavului pentru aceasta. Se citează cazul unui pacient care consimțise la o explorare instrumentală sub anestezie și s-a trezit operat. Aprecierea juridică a fost de culpă intenționată, deoarece nu fusese vorba de nici o operație în informarea prealabilă explorării instrumentale înainte de anestezie, neexistînd deci nici un consimțămînt.

(2) Medicul a obținut consimțămîntul pentru un anumit scop, dar scopul a fost depășit cu mult.

(3) Medicul acționează în limitele consimțămîntului, dar deoarece nu execută o îngrijire obișnuită, consimțămîntul nu este făcut – după o informare corectă, apărînd noțiunea de doi (înșelăciune), permisiunea de intervenție fiind invalidă. Un exemplu ar fi cazul în care o pacientă a consimțit că medicul ORL-ist să-i extirpe un polip din urechea stîngă, dar acesta a considerat, după adormirea pacientei, că cealaltă ureche avea mai multă nevoie de intervenție chirurgicală.

Cînd urgența îl împiedică pe medic să obțină consimțămîntul nu este vorba de nici un fel de responsabilitate. Se citează situația unui obstetrician care intervine pentru o bănuită sarcină ectopică, dar constată că sarcina era normală, însă că femeia avea apendicită acută. El a scos apendicele și ulterior a pretins să fie plătit pentru apendectomie. Deși pacienta a refuzat plata, pretinzînd că ea și-a dat consimțămîntul pentru o altă operație, judecătorul a dat dreptate chirurgului-obstetrician, arătînd că pacienta și sarcina ar fi putut fi în pericol dacă apendicele nu ar fi fost scos.

2. Defăimarea (*ponegrirea și alomnierea*)

Defăimarea este înjurierea cu rea-credință a reputației altei persoane.

Defăimarea scrisă se numește *libellus*, iar cea orală se numește *scandalum*. Un element de probă unic pentru defăimare este publicarea, care necesită ca afirmația defăimătoare să fie făcută către o terță persoană, și nu numai față de defăimat. Se citează cazul unui medic care îi comunică unei paciente printr-o scrisoare că ea

suferă de o boală venerică, iar femeia arată scrisoarea la două-trei prietene. Ulterior, în prezența unui prieten, ea discută diagnosticul cu medicul, ca ulterior să-l dea în judecată pe acesta sub acuzația de încălcare a secretului medical. Judecătorul a arătat că nu poate fi vorba de nici un prejudiciu, deoarece pacienta își făcuse public singură diagnosticul.

3. Sechestrarea de persoană

Sechestrarea de persoană implică restrîngerea libertății unei persoane, făcută în afara legii. Medicul care forțează un pacient să rămînă în cabinet pînă își achită nota de plată sau pînă semnează anumite acte poate fi acuzat de sechestrare de persoană. Cazuri frecvente de asemenea acuzații vin de la pacienții internați împotriva voinței lor în spitalele de psihiatrie. Într-un caz, un psihiatru a fost găsit responsabil pentru că a aplicat tratament unei femei care fusese internată involuntar. În ciuda faptului că internarea era permisă de un statut al respectivului stat american, Curtea de Judecată a susținut că: „Deoarece psihiatru a privat femeia de posibilități de comunicare cu un avocat sau cu o rudă, acțiunile sale au constituit sechestrare de persoană – rezultată din restrîngerea nelegală a libertății ei și afront și molestare – deoarece pacientei i s-a administrat o medicație pe care ea nu a dorit-o și la care nu a consimțit, depășindu-se ceea ce era permis de statutul medical al internării”.

Abuzul de atitudine este situația în care se reproșează unui medic folosirea în mod greșit a unui barem de internare, pentru a spitaliza pe cineva fără justificare medicală.

4. Încălcarea intimității

Încălcarea intimității apare în condițiile în care afirmația defăimătoare este adevărată, dar există două condiții suplimentare care incumbă responsabilitatea:

a) încălcarea vieții private – cînd pacientul este subiectul unei publicități nedorite, ca în cazul medicului găsit responsabil pentru că a permis unui prieten, care nu era medic, să urmărească o naștere în casa reclamantei parturiente.

b) dezvăluirea nejustificată de informații confidențiale. Aceasta are triple consecințe: daune civile, pedeapsă penală și pierderea dreptului de practică medicală.

Nu pot fi subiectele acțiunii de încălcare a intimității dezvăluirile privilegiate. Privilegiul se referă la copiii bătuiți de părinți sau chinuiți, dar

este recomandabil ca privilegiile să fie exercitate cu prudență.

5. Inducerea în eroare

Inducerea în eroare poate fi de două feluri:

- 1) Intenționată – frauduloasă sau deceptivă;
- 2) Neglijentă.

În ambele cazuri trebuie să se facă dovada că este vorba despre o expunere falsă a unui fapt prezent sau trecut și că aceasta a fost crezută de persoana care reclamă prejudiciul. Ambele categorii de inducere în eroare se împart în:

1) prezentări pentru a face un pacient să urmeze un tratament;

2) prezentări cu privire la rezultatele tratamentului.

Inducerea în eroare preoperatorie este o entitate care va putea fi folosită mai ales în anii viitori, datorită faptului că există o categorie de pacienți care au fost informați de către medici și prin mass-media că s-au practicat o sumedenie de intervenții chirurgicale care nu erau necesare, cu un prejudiciu potențial. Medicul care induce în eroare asupra naturii sau rezultatelor tratamentului pe care l-a aplicat va fi responsabil de fraudă – înșelăciune, chiar dacă nu a fost neglijent în aplicarea acestui tratament. Prezența fraudei îi permite unui pacient să înceapă o urmărire judecătorească după scurgerea termenului de extincție obișnuit.

6. Ultragiul (ofensă, insultă, amenințare) medicului față de client

Ultragiul necesită pentru definiție patru condiții:

– actul sau atitudinea trebuie să fie intenționată și fără deferență (fără considerație) față de cealaltă persoană;

– atitudinea trebuie să fie jignitoare și extremă;

– conduita trebuie să determine stres emoțional sever;

– reclamantul trebuie să fie un membru apropiat al familiei care să fi fost de față în timpul unei asemenea conduite.

Culpe contra umanismului medical

Prin esența sa, profesiunea medicală trebuie să arate respect față de persoana umană, de aceea medicul trebuie să se abțină de la intervențiile periculoase, cu riscuri excesive, ce ar putea periclita viața pacientului, chiar dacă acesta este de acord sau o cere în mod expres. Obligațiile întemeiate pe respectul libertății umane

sunt cele care generează, prin neducerea lor la îndeplinire, culpele contra umanismului medical, cum ar fi nerespectarea secretului profesional, neinformarea bolnavului înainte de intervenție, neobținerea consimțământului și chiar refuzul de a da îngrijiri medicale.

Deoarece funcția medicală este o noțiune juridică, iar umanismul este o regulă morală, instanțele judecătorești sunt apte de a delibera, fără concursul experților, violarea unor atare datorii, după dreptul comun. Posibilitatea apare prin însuși faptul că medicul nu și-a dus la îndeplinire obligațiile la care era ținut, atunci când avea posibilitatea și libertatea să le îndeplinească.

În interesul vindecării sau salvării bolnavului, medicul are dreptul de a sechestra bolnavul, de a acționa asupra lui chiar prin constrângere, fără a suporta vreo responsabilitate, în interesul bolnavului, medicul poate să-l dezbrace pe acesta, să-l imobilizeze, să-i rețină obiectele personale sau corespondența (mai ales în cazurile de boli psihice). Paguba pe care bolnavul și-o cauzează lui însuși sau unui terț va putea fi pusă în sarcina medicului psihiatru sau a subalternilor care nu l-au supravegheat satisfăcător.

Abandonarea unui bolnav pe motiv că boala este ireversibilă și că nu se mai poate face nimic oricum este tot o **culpă contra prudenței comune**.

Aceste culpe sînt aplicabile tuturor profesiilor, neavînd în realitate nimic specific medical. Ele pot fi comise de orice om și rezultă din violarea regulilor de prudență comună sau de bun-simț. Instanțele nu au nevoie, de regulă, de experți pentru aprecierea unor astfel de culpe care le intră în jurisdicție. Cazuri ultracunoscute sunt:

- a) chirurgul lipsit de experiență, care execută o operație delicată, în ciuda nepregătirii sale;
- b) operația executată la membrul sănătos în timp ce membrul bolnav rămîne neatins sau extracția măselelor sănătoase;
- c) medicul care nu verifică stabilitatea mesei de operație sau de examinare, din care cauză bolnavul cade și se rănește;
- d) uitarea unor corpuri străine în organismul pacientului după operații chirurgicale.

Culpa medicală

Culpa profesională constă în nerespectarea regulilor privind exercițiul profesiei medicale prin nepricepere sau abateri de la reguli culpele pot fi recomandate și recunoscute în practicarea

acestei profesii provenite din neglijență, nepăsare sau nerespectarea unor metode și procedee specifice – imprudență. Definiția juridică de culpă medicală pretinde ca:

– cel aflat în culpă să fie medic și fapta sa să fie comisă în exercițiul profesiei medicale.

Nu se pot aplica regulile pentru această culpă dacă autorul a îndeplinit accidental acte ale unei profesii pe care nu este capabil să o practice și pe care nu o practică de obicei.

Nu se poate imputa o culpă unui medic care a săvârșit un act nestatuit cu certitudine din punct de vedere științific.

În literatură sînt descrise diferite clasificări, dar mai utile considerăm viziunile autorilor Almoș Bela Trif, Vasile Astărăstoae, 2000.

A. Culpă profesională prin nepregătire (nepriceperea, ignoranța, neștiința, impartiția, incompetența)

Acestea apar în precizarea diagnosticului sau în aplicarea tratamentului, ori de cîte ori activitatea medicului este desfășurată fără ca el să aibă cunoștințele necesare sau avînd cunoștințe greșite.

În general, se admite că ignoranța este o greșeală fundamentală a medicului, fiind la fel de gravă ca necinstea. În situația de urgență, impartiția poate deveni fatală pentru bolnav și este deci criminală. În ultimii ani, datorită avalanșei informaționale, competența medicului se obține cu greutate, fiind necesară o dorință permanentă de punere la punct prin documentare, pe lîngă cunoștințele elementare acumulate conform unei programe analitice în timpul cursurilor din facultate, al examenelor de calificare și perfecționare și al concursurilor profesionale.

Atitudinile binevoitoare ale medicului, dorința de a face bine, dorința de a ieși în întîmpinarea pretențiilor bolnavului (frica de spital, teama de injecții ș.a.) nu au valoare și nu pot exonera de răspundere atitudinile care dovedesc nepriceperea.

Neasumarea riscului util datorată incompetenței ia forma judiciară a culpei prin pierderea unei șanse de vindecare sau supraviețuire a bolnavului. Această superpozare de omisiune și comisiune este o manifestare particulară a responsabilității medicale. Un caz de privare de șansă prin ignoranță combinată cu neglijență.

Aprecierea culpei prin nepricepere se va face în raport cu specialitatea și experiența medicului, cu condițiile de lucru, împrejurările și faptele deja existente în momentul intervenției medicale. Nu

se poate cere unui specialist să aibă cunoștințe în toate specialitățile și nu i se poate reproșa că ignoră puncte de vedere salutare, dar încă neclarificate. Se cere însă oricărui medic să cunoască atitudinea de urmat în urgențe și să poată pune un diagnostic obișnuit în orice situație, indiferent de specialitatea practică.

Pentru a veni în întîmpinarea nevoilor bolnavului, dar și ca să se protejeze ca responsabilitate, medicul poate apela la consultul unui coleg de aceeași specialitate sau la un alt medic cu o altă specialitate.

Trimiterea la un eșalon superior nu trebuie să reprezinte o dovadă de competență limitată, ci o atitudine care recunoaște doar limita tehnicității locului inițial de diagnostic și tratament. Nu trebuie trimise cazurile în mod abuziv, aceasta constituind o parte a medicinei defensive, cu cheltuieli nejustificate de gravitatea cazului, doar pentru a reprezenta „o umbrelă” împotriva responsabilității.

B. Culpă profesională prin imprudență (neprevăderea)

Imprudența constă în comiterea unei activități pozitive, fără a prevedea că pot apărea consecințe ilicite, deși se putea și trebuia să se prevadă acest lucru. Constituie imprudență:

– aplicarea oricărui tratament chirurgical sau chimioterapie fără cunoașterea contraindicațiilor;
– aplicarea de seroterapie și medicație la persoane care au prezentat fenomene de intoleranță la aceste substanțe;

– expunerea bolnavului la riscuri inutile prin executarea unei intervenții chirurgicale neimpuse de urgență, atunci cînd nu sînt la dispoziție utilitățile necesare pentru securitatea actului operator, confortul bolnavului și confortul medicului;

– lăsarea în funcțiune a unor sisteme de drenaj și aparate în ciuda schimbării stării fiziologice a bolnavului (în secțiile de anestezie-reanimare sau de rinichi artificial).

O problemă cunoscută este cea a „intervențiilor de lux”. Nu este vorba de operații estetice, ci de operații ce pot fi temporizate.

Medicul care posedă un simț adecvat al faptelor, bazîndu-se pe competență, atenție și prevedere, își dezvoltă o putere de anticipare, denumită uneori „fler al situațiilor dificile”.

Temeritatea profesională este opusă prevederii și chiar prudenței, ea neavînd o altă justificare decît urgența sau starea de necesitate.

Imprudența, prin incapacitatea rezonabilă de a prevedea, constituie o formă simplă a culpei profesionale, care se referă la încălcarea capacității medii, normale, de prevedere a profesionistului, precum și de posibilitatea de a fi prevăzut.

Cazul fortuit apare atunci când nu există nici o posibilitate de prevedere.

Prevederea profesională normală reprezintă capacitatea medie a oricărui profesionist de a lua măsuri adecvate oricărei situații, în raport cu posibilitățile concrete de prevedere ale specialității sale și cu experiența sa profesională.

Prevederea maximă este cerută în profesiunea medicală, pe criteriul diferenței între riscul acțiunii și riscul prevederii.

Practica medicală este grevată de către riscurile asumabile, iar medicul trebuie să fie prudent în actele și atitudinile sale – neefectuarea unor examene care ar fi permis diagnosticul corect, mînuirea inadecvată a secretului medical, delegarea sau încredințarea imprudentă a atribuțiilor personale.

Culpa prin neprevedere este imputabilă în situații neobișnuite, când medicul este incriminat fie că nu a prevenit bolnavul despre unele riscuri, fie când, prevenindu-l brutal, arătîndu-i șansele reale, bolnavul se sinucide.

Incapacitatea rezonabilă de a prevedea este exemplificată de medicul care se prezintă la o intervenție chirurgicală de urgență fără instrumentar complet, neavînd pense hemostatice, din care cauză bolnavul incizat face hemoragie și decedează. Se vede clar incapacitatea rezonabilă de a prevedea consecințele actului său.

C. Culpa profesională prin neglijență (neatenția)

Condițiile juridice ale imputabilității neglijenței includ aprecierea:

– de a nu fi făcut ceea ce orice om rezonabil, în aceleași condiții de lucru și în aceleași împrejurări, ar fi făcut;

– de a nu fi evitat un act profesional, pe care orice profesionist de bună-credință l-ar fi evitat în aceleași condiții.

Formele de manifestare a neglijenței sunt: graba, superficialitatea, îndeplinirea lipsită de conștiinciozitate a obligațiilor legitime. Pot fi neglijențe:

– neluarea corectă a anamnezei – lipsa dialogului cu bolnavul;

– neexecutarea unui examen clinic corect – bolnavul este consultat nedezbărat;

– neefectuarea unor examene paraclinice de rutină;

– neluarea tuturor măsurilor de asepsie în vederea unei operații.

Neglijența nescuzabilă poate fi considerată trecerea cu vederea a datelor clinice sau a rezultatelor de laborator. Este un element strident ușor de înlăturat din practica medicală prin exigența medicului față de sine însuși.

Dacă medicul a acționat în conformitate cu regulile practicii medicale din acel moment, dînd dovadă de sîrguință rezonabilă în împrejurările date, nu va putea fi găsit vinovat chiar dacă alții, în împrejurări similare, au adoptat o altă conduită.

O situație specială o constituie administrarea substanțelor cu potențial alergizant sau a seroterapiei. Grijă cuvenită – rezonabilă – include și anamneză asupra alergiei la o anumită substanță.

Neglijențe grave sunt considerate:

– nedescoperirea unor boli sau tare anterioare inițierii unui tratament a cărui aplicare poate genera o agravare a bolii inițiale sau chiar decesul bolnavului;

– neizolarea bolnavilor contagioși și neprevenirea membrilor familiei acestor bolnavi asupra necesității profilaxiei, eventual prin imunizare; la acest tip de neglijență se adaugă, pe lîngă responsabilitatea civilă delictuală, și responsabilitatea penală;

– neefectuarea terapiei antitetanice la plăgile potențial-tetanigene;

– injectarea de medicamente cu perioadă de utilizare depășită;

– injectarea de alte substanțe decît cea dorită, numai pentru că fiolele au fost puse în mod neglijent, una lîngă alta.

Lipsa de interes pentru activitatea profesională, indiferența față de bolnav și lipsa de grijă față de relația medic-pacient sînt uneori asociate neglijenței.

D. Culpa profesională prin ușurință

Condițiile teoretice ale culpei prin ușurință sunt:

– autorul, săvîrșind o anumită acțiune sau inacțiune, știe că nu a luat toate măsurile de precauție necesară, dar speră în mod ușuratic că va putea evita rezultatele nefavorabile ale activității sale.

– producerea rezultatelor negative determină un prejudiciu bolnavului, care este legat causal cu ușurința medicului.

Modalitățile de apariție a ușurinței sunt:

– subestimarea riscului acțiunii medicale;

- supraestimarea posibilităților de acțiune.
- Se consideră ușurință următoarele situații:
- efectuarea unor injecții sau puncții greșite sau neadecvate;
 - apariția de efecte nedorite – arsuri, după antiseptice, diatermie, radioterapie;
 - apariția de efecte secundare notorii – trecute în prospectul medicamentului – prin nerespectarea dozelor maxime (surditate după streptomycină, agranulocitoză după cloramfenicol);
 - trecerea cu vederea a condițiilor precare de lucru – ignorarea murdăriei, neverificarea sterilizării.

E. Culpă din omisiune (inacțiunea, abstențiunea)

Medicul este responsabil, când acționează, dar și când nu acționează, de tot ceea ce face și de tot ce refuză să facă.

Refuzul de a acorda asistență medicală unui bolnav aflat într-o stare disperată sau unei persoane grav accidentate constituie o încălcare evidentă a îndatoririlor profesionale, care incumbă responsabilitate disciplinară, civilă și penală pentru medic.

Definiția culpei din omisiune precizează: atitudinea unei persoane de a se abține – voluntar sau involuntar – de la îndeplinirea unei obligații de a acționa pentru a împiedica producerea unui prejudiciu.

Regulile generale sînt aceleași ca și la culpa prin comisiune, deosebindu-se:

- omisiunea intenționată;
- omisiunea neintenționată.

Omisiunea intenționată apare atunci când autorul a luat decizia de a nu acționa, pentru că a dorit să se realizeze paguba. Aceasta constituie întotdeauna o culpă, avînd la bază voința de a vătămă, obligînd întotdeauna la reparații.

De fiecare dată când un efort aproape neglijabil era singurul mod de a evita producerea unui prejudiciu considerabil pentru cineva, cel care nu a dus actul la îndeplinire, lăsînd voluntar să se producă consecința negativă evitabilă, va fi responsabil. Este citat cazul farmacistului care acceptă să vîndă unui bolnav un medicament în doze evident toxice.

Omisiunea neintenționată poate fi:

- în acțiune;
- pură și simplă.

Abstențiunea în acțiune apare când autorul

s-a situat voluntar într-o împrejurare care implica obligația de a acționa pentru împiedicarea lezării interesului altuia.

Farmacistul sau medicul care nu ia toate precauțiile necesare pentru a face imposibilă confuzia între substanțele pe care le administrează sau medicul care nu ia toate măsurile de asepsie în vederea unei operații săvîrșesc culpa de omisiune în acțiune, omologată cu neglijența.

Abstențiunea pură și simplă apare cînd autorului i se reproșează pur și simplu de a nu fi acționat, lăsînd să se realizeze un eveniment, la apariția căruia nu a contribuit cu nimic. Omisiunea nu se referă la activitatea vreunei persoane. În această situație, afirmarea responsabilității este mai dificilă, datorită greutății de a stabili cauzalitatea. Responsabilitatea pentru omisiunea pură și simplă se va admite numai dacă s-a omis ducerea la îndeplinire reglementată de un text de regulament sau de lege.

Conform principiilor de definire a culpei prin neglijență, dacă un individ prudent și diligent s-ar fi abținut în condiții similare, instanța nu trebuie să rețină vreo culpă în sarcina medicului acuzat de omisiune.

Se consideră astfel că medicul aflat la domiciliu, fiind chemat telefonic pentru a îngriji un bolnav a cărui stare nu este gravă, nu comite o culpă dacă refuză.

Refuzul aceluiași medic, chemat să ligatureze arterele unui rănit, este însă culpabil. Va fi, de asemenea, culpabil refuzul singurului medic de pe o navă în deplasare de a acorda îngrijiri medicale unui bolnav, chiar dacă acesta se află într-o stare gravă.

Omisiunea de a informa bolnavul sau aparținătorul asupra stării de sănătate sau asupra riscurilor actului medical ce urmează să fie efectuat constituie culpă.

Condițiile culpei prin omisiune:

– omisiunea medicului trebuie să constea într-o imprudență, neglijență sau neprevădere, culpabilă pe criteriul abstract al comparării cu un medic cu diligență și prudență normală;

– omisiunea trebuie să se refere asupra unei obligații juridice de a acționa, chiar în afara textelor formale de lege, pe baza principiilor de drept, a regulilor de conviețuire socială, de bunăcredință, a uzanțelor și regulilor profesionale.

Ori de cîte ori se relevă neducerea la îndeplinire a obligației de a asista medical o

persoană aflată în primejdie sau se relevă omisiunea prevederii în exercitarea profesiei, apare imputabilitatea.

Culpa din omisiune medicală cuprinde următoarele cazuri:

- a) Refuzul răspunderii la solicitare.
- b) Refuzul intervenției – neasumarea de riscuri.
- c) Refuzul de a trata în continuare – abandonul bolnavului.

a) *Refuzul răspunderii la solicitare*

Refuzul răspunderii la solicitare se definește prin trei caracteristici:

1. Nedeplasarea la locul unde se află persoana în suferință – implică uneori un caracter intențional, dar cel mai des un caracter neglijent.
2. Îngrijirile pe care medicul le-ar fi acordat bolnavului i-ar fi salvat viața acestuia sau ar fi împiedicat înrăutățirea stării lui.
3. Dacă nu ar fi promis că se va deplasa la locul unde se află persoana în suferință, bolnavul sau rudele lui ar fi putut chema un alt medic, care i-ar fi acordat ajutorul necesar.

Subliniem importanța punctului 3, deoarece simplul refuz de a acorda asistență medicală – motivat obiectiv – nu duce la imputabilitate.

Se citează ca exemplu obstetricianul care a promis unei femei să o asiste la naștere, iar atunci când a fost chemat deoarece s-a declanșat travaliul, a omis să se ducă, determinând un prejudiciu pacientei.

Medicul de circumscripție este obligat să acorde primul ajutor medical la domiciliul bolnavului și să răspundă la chemări, când există urgență sau pericol imediat, dacă bolnavul se află în directă sa arondare sau dacă în apropiere nu există un alt medic.

b) *Refuzul intervenției*

Atunci când medicul se află în fața bolnavului, iar starea acestuia impune o atitudine medicală, o manevră, o intervenție chirurgicală sau simpla administrare de medicamente – neasumarea riscului acestei atitudini de către medic, în mod nejustificat, duce la imputabilitate, dacă abstențiunea generează un prejudiciu.

Lipsa de asumare a riscului oportun, generată de comoditate, frică nejustificată, competență restrânsă, se apreciază în comparație cu atitudinea unui medic diligent și competent, care ar fi acționat în aceleași condiții.

c) *Abandonul bolnavului*

Textele de legi prevăd că medicul care a început un tratament are obligația de a-l continua pînă la completa însănătoșire sau ameliorare a bolnavului sau pînă cînd acesta trece în îngrijirea altui medic.

Bolnavii considerați nevindicabili vor fi tratați cu aceeași grijă și atenție ca și bolnavii vindecabili.

Medicul se poate retrage de la caz doar dacă este împiedicat de existența unui motiv legitim, forța majoră, cazul fortuit, altfel fiind răspunzător de abandon.

Instanțele au stabilit culpabilitatea de abandon pentru medicul care a refuzat să mai urmărească un copil operat de apendicită, pe motiv că s-a certat cu părinții acestuia, îndeplinirea corectă a atribuțiilor impunea avizarea familiei asupra necesității supravegherii în continuare și înlocuirii imediate cu un alt medic.

Afirmarea culpabilității necesită:

- stabilirea neglijenței de a indica un înlocuitor pe lîngă refuzul de a îngriji în continuare;
- apariția unui prejudiciu pentru bolnav, legat direct de refuzul continuării tratamentului.

Poate fi urmărit pentru abandon și medicul unei instituții, întreprinderi sau companii care întrerupe îngrijirile medicale acordate unui salariat al aceleiași instituții.

Externările pripite, nejustificate de interesul bolnavului sau împotriva principiilor profesiei medicale, pot constitui cazuri de abandon.

Înlocuirea unui medic cu altul se face după următoarele principii:

- cu știrea conducerii spitalului sau secției;
- ținînd seama de interesele generale ale bolnavilor.

Este posibil ca înlocuirea unui medic cu altul să se facă numai în baza acordului celor doi medici, fără acordul prealabil al bolnavului și fără avizul conducerii spitalului. Dacă medicul înlocuitor acționează rezonabil conform regulilor profesiei și principiilor științei medicale, cu deferență și diligentă, nu apare imputabilitatea pentru medicul înlocuit, deoarece acesta ar fi acționat la fel.

Dacă un medic lasă în locul său un medic lipsit de experiență sau cu competență restrînsă, apare imputabilitatea pentru neglijență sau imprudență.

Medicul care face serviciu de gardă la domiciliu nu are voie să plece de acasă fără să-și numească un înlocuitor și fără să indice adresa și telefonul unde poate fi găsit.

Imputabilitatea care apare în asemenea situații are o tentă de imputabilitate obiectivă, dacă nu se ia în considerare apariția prejudiciului pentru definirea culpei. În consecință, nu va apărea culpabilitatea pentru abandon, chiar dacă medicul a părăsit serviciul de gardă de la domiciliu, în condițiile în care nu s-a produs nici un prejudiciu bolnavilor.

În cazurile de urgență, față de alte persoane aflate de față, orice medic are datoria de a interveni în folosul bolnavului sau accidentatului, chiar dacă nu este specialist în traumatologie, intoxicații acute, urgențe cardiovasculare sau neurologice.

Prejudiciul cauzat prin lipsa cunoștințelor de specialist va fi întotdeauna mai mic decât acela pricinuit prin neasistarea bolnavului.

Sustragerea fără just motiv de la îndatorirea de a acționa pentru salvarea vieții bolnavului nu trebuie să fie motivată de cazurile nenorocite – în care eșecul este neimputabil, deoarece activitatea a fost îndeplinită ireproșabil.

Medicul trebuie să fie stăpîn pe deciziile sale, putîndu-și impune atitudinea față de familie sau anturaj – pentru salvarea vieții bolnavului. Dacă bolnavul sau familia nu acceptă prescripțiile, medicul va fi exonerat de răspundere.

Responsabilitatea medicului poate și trebuie să fie stipulată în lege:

- Responsabilitate morală față de societatea civilă, față de principiile general umane, față de Codul Deontologic, față de jurămîntul medicului, jurămîntul lui Hipocrate, etc.

– Responsabilitatea juridică poate fi:

- disciplinară;
- administrativă sau civilă;
- civilă, contractuală;
- penală (culpe medicale, culpe medico-economice).

– Responsabilitatea juridică mai poate fi:

- individuală;
- comună (în echipă);
- pentru subalterni.
- Responsabilitatea juridică a spitalului sau a unității curativ-profilactice.
- Responsabilitatea medicului pentru întocmirea actelor medicale.
- Responsabilitatea unității curativ-profilactice pentru eliberarea actelor medicale.

Bibliografie

1. Fruma Ioan. Responsabilitatea medicului. //Editura „H. Welthce”, Sibiu, 1994.
2. Jones M.A. Medical Negligence. //Sweet Maxwell, London, 1991.
3. Ozun R., Poenaru E. Medicină și adevăr. //Editura Medicală. București, 1976.
4. Pennearu J. La responsabilitate medicale. //Editions „Jirey”, 1977.
5. Scripcaru Gh., Astarăstoae V., Scripcaru C. Principii de bioetică, deontologie și drept medical. //Editura „Omnia”, Iași, 1994.
6. Ion Mereuță, E. Popușoi, C. Ețco, B. Untu, O. Lozan. Reglementarea activității medicale în Republica Moldova. // Chișinău, 1999.
7. Eugen Popușoi, Constantin Ețco. Valori morale în medicină. //Chișinău, 1999.

V. Gherman

UTILIZAREA MARKETING-ULUI ÎN DOMENIUL TEHNICO-MEDICAL

The author presents the integrative aspects, specific features and principles of marketing use in techno-medical domain. The necessity to uphold and implement modern methods of marketing is motivated by the achievement of marketing conception in techno-medical domain suggested by the author.

Key words: techno-medical marketing.

Scopul final al marketing-ului în domeniul tehnico-medical este vânzarea aparatelor medicale existente, elaborarea și crearea noilor echipamente, care ar corespunde cerințelor

consumatorilor, precum și pregătirea consumatorilor pentru utilizarea tehnicii principale noi (crearea consumatorului).

Marketing-ul tehnicii medicale are un șir de

particularități, care îl deosebește de marketing-ul mărfurilor și serviciilor de alt tip:

1. Consumatorii reali ai tehnicii medicale sunt instituțiile medicale.

2. Utilajul este exploatat de specialiști calificați; necesitatea achiziționării este determinată mai curând de către medici, iar decizia de cumpărare este luată de obicei de persoana terță.

3. Consumatorul principal și final este de obicei pacientul, care beneficiază de serviciile medicale. Cercetarea necesităților pacienților este o sarcină fundamentală a marketing-ului tehnicii medicale.

4. Valoarea serviciului medical pentru consumator practic nu poate fi apreciată în echivalent bănesc.

5. Majoritatea instituțiilor curative sunt centralizate și subordonate structurilor de stat, și achiziționările de tehnică sunt organizate de asemenea centralizat, prin intermediul achiziției publice de stat.

6. Pentru structurile medicale comerciale, tehnica modernă este importantă nu doar în sensul unui instrument al creșterii calității serviciilor, dar și ca un factor de luptă pe piață în condițiile de concurență.

7. Tehnica medicală este de obicei foarte complexă, exploatarea acesteia fiind frecvent legată de un risc pentru pacient.

Dezvoltarea tehnicii medicale noi necesită susținerea unei metode informaționale de comercializare pe mai multe nivele. Inițial, informația va avea un caracter de inițiere (scopul este luarea deciziei asupra selectării informației necesare). Apoi, este nevoie de o informație mai amplă pentru a lua decizia de achiziționare. În final, este nevoie de o informație detaliată de asemenea pentru exploatarea tehnicii.

Particularitățile date ale marketing-ului tehnicii medicale determină un șir de alte particularități specifice la elaborarea metodologiilor de marketing pentru tehnica medicală, și, ca consecință, specificul realizării diferitor funcții de marketing.

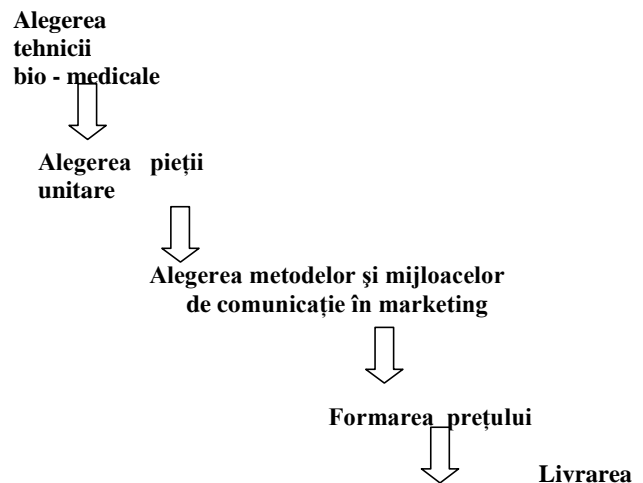
Realizarea concepției de marketing în domeniul tehnico-medical include următoarele poziții: (fig. 1).

Alegerea și descrierea tehnicii medicale

Descrierea tehnicii medicale nu trebuie limitată doar la o simplă menționare a caracteristicilor

Figura 1

Realizarea concepției de marketing



tehnice ale dispozitivului sau aparatului, conform standardelor.

Consumatorii, organizațiile, precum și persoanele fizice, trebuie convinse de valoarea potențială a acestuia. Această valoare poate fi exprimată atât în echivalent bănesc, cât și prin gradul de utilitate – spre exemplu, prin îmbunătățirea stării generale a bolnavului. Este evident, că rentabilitatea exprimată în bani atrage întreprinderile, care utilizează tehnica medicală ca producție științifico – tehnică. Instituțiile medicale achiziționează tehnică medicală în următoarele scopuri :

- creșterea productivității;
- îmbunătățirea calității serviciilor prestate;
- extinderea spectrului de servicii prestate;
- perfecționarea calității de îngrijire a vizitatorilor și bolnavilor.

Prin urmare, în descrieri este necesar de a reprezenta și răspunsuri la întrebările ce corespund scopurilor.

Astfel, descrierea poate exista sub diferite forme, în dependență de consumatorul producției.

Pentru consumatorii producției științifico – tehnice, descrierea trebuie să includă argumentarea tehnico – economică, business – planul, precum și:

- prognoza cerințelor de serviciu, legate de utilizarea acestei tehnici;
- prognoza de cheltuieli, legate de utilizarea acestei tehnici (instruirea personalului, exploatarea, etc.);
- investițiile necesare;
- randamentul.

Pentru consumatorii producției finite (dispozitive și aparate de tehnică bio – medicală) este necesar de a prezenta, plus la caracteristicile tehnice, descrierea serviciilor și particularităților legate de utilizarea acestui echipament.

Alegerea pieții cu destinație specială.

Alegerea pieții cu destinație specială începe cu cercetările pieții tehnicii medicale, care se efectuează după următoarea schemă:

1. Prognozare.
2. Examinarea conexiunii de piață vecină cu piață de destinație specială.
3. Elaborarea politicii de formare a cerințelor de consum.

Determinarea capacităților de piață după tipurile tehnicii medicale pentru diferite regiuni prezintă o sarcină importantă de cercetare a marketing-ului pieții. Spre deosebire de piața utilajului de producție, în acest caz se ia în considerație nu doar suprasaturarea utilajului, care asigură eficiența economică de exploatare, dar și criteriile social – etice. Astfel, tehnică medicală într-o localitate îndepărtată poate fi utilizată cu câteva procente a capacității, însă se va „răscumpăra” integral, salvând chiar și viața unui singur om.

Cercetările pieții tehnicii medicale trebuie să ia în considerație atât necesitățile pacienților, cât și cerințele pentru tehnică din partea personalului medical. Însă, medicii trebuie să prezinte principala sursă a informației inițiale de piață. Lucrul cu medicii poate fi organizat prin metoda cercetărilor directe. În scopul reducerii dimensiunilor extrasului, fără scăderea considerabilă a nivelului exactității informației primite, poate fi utilizată metoda selectivă pe nivele.

Toate acțiunile sus – menționate sunt divizate pe etape, stabilindu-se termenii de realizare și costul fiecărei acțiuni.

Cercetările de piață poartă un caracter permanent. Anume prin investigările pieții pot fi determinate în special, stadiile de bază ale producției fabricate. Este clar, că volumul cererii de aparatăj cu destinație bio – medicală diferă în capitală și în provincie, în orașe și în sate, în policlinica municipală și în clinica specializată, în punctul medical al întreprinderilor și în punctul medical al gării, în condiții de pace și în situațiile excepționale.

Așadar, deja la stadiu final se efectuează prognozarea pieții prin determinarea grupei de consumatori potențiali.

Examinarea piețelor vecine și cu destinație specială, cu evidența datelor de prognozare, se efectuează în trei direcții:

- demografică;
- geografică;
- psihografică.

Tehnică medicală de tip neinvaziv (adică fără încălcarea integrității pielii), ca substituție a utilajelor și dispozitivelor, ce efectuează intervenții directe la organele interne sau încălcarea integrității învelișului pielii, devine mai preferabilă pentru toate păturile populației indiferent de vârstă, sex, poziție socială, etc. Prețul ridicat al serviciilor prestate cu ajutorul tehnicii propuse, de asemenea și contraindicațiile medicale speciale, dacă acestea există, pot fi un factor restrictiv.

Factorul geografic de asemenea influențează din punct de vedere al accesibilității acestui utilaj.

Se știe, că probabilitatea ca sistemele tomografice scumpe și sofisticate să fie achiziționate de un spital din sate și orașe este foarte mică, doar dacă acestea nu sunt obiect al unor programe speciale de finanțare (granturi, sponsorizări, etc.)

Cercetarea în această direcție completează esențial și clarifică situația, care rezultă din studierea a două direcții menționate mai sus. În acest caz se ea în considerație:

- gradul de necesitate al pacientului în acest serviciu;

- gradul de sensibilitate al bolnavilor privind prestarea serviciilor medicale pe piață, care se apreciază după așa parametri, cum sunt prețul, autoritatea și atenția medicului, popularitatea în rândul populației, design-ul utilajului și interiorul încăperii;

- gradul de preferință spre unul sau alt serviciu (există pacienți, care sunt foarte conservativi în preferințe și, în pofida propunerilor unor metode mai performante, vor utiliza totuși metodele alese, sau invers, alții își vor schimba ușor preferințele și vor alege metodele noi mai performante de tratament).

În timpul cercetării de piață se culege de asemenea informație despre concurenți și pozițiile acestora pe piață.

Firmele străine de comerț și cele din Moldova sunt prezente pe piața de tehnică medicală destul de activ. Totuși, firmele de comerț pur naționale sunt mult mai slabe. După datele Institutului Economiei Mondiale și Relații Internaționale RAN,

aproximativ 5 % din firmele de comerț din Moldova se ocupă de livrări de tehnică medicală doar de producție rusească, iar aproximativ 70% din companii se ocupă de livrări de tehnică medicală doar de producție străină, alte companii livrează tehnică de producție comună atât străină, cât și autohtonă.

Printre firmele străine importante este „Siemens”, care nu numai livrează tehnică medicală în Moldova, dar și oferă asistența tehnică a instalațiilor radiologice mobile, mamografe, sisteme de diagnostică ultrasonoră. Firma „MolDan Holding” livrează aparate moderne, la fel ca și „Siemens”, „Echipamed Plus”, „Tehoptimed” și alt. care livrează în Moldova aparate de tot spectrul.

Alegerea metodelor și mijloacelor comunicaționale a marketing-ului

Acțiunile de promovare pe piață și desfacere a tehnicii bio – medicale mini-invazive depind de destinația lor concretă.

Fiind cert faptul, că pe piață trebuie propuse și vândute: tomografe sau fonendoscoape, este posibilă recomandarea metodelor și a planului de promovare a producției.

Un specific al său îl vor avea și metodele de promovare pe piață a tehnicii în principal noi. Manifestările publicistice trebuie să poarte un caracter maxim informativ. Ca mijloace importante de reclamă servesc prospectele publicitare și cataloagele, publicațiile în revistele de specialitate. Seminare de instruire și expozițiile pot fi utilizate în calitate de metode eficiente de promovare a produsului.

Concurența pe piața tehnicii medicale non-invazive este foarte înaltă, iar dezavantajele producătorilor din Rusia sunt design-ul aparatelor și dispozitivelor, volumul acestora și exploatarea complicată. În aceste condiții, prețul relativ redus și accesibil devine cel mai important avantaj. În afară de aceasta serviciile prestate sunt singurele care pot demonstra superioritatea acestor aparate în comparație cu celelalte. De aceea la alegerea metodelor comunicaționale de marketing, este necesar de a accentua anume aceste două poziții, dacă acestea există.

De obicei, pacienți obțin informații despre serviciile medicale din următoarele surse:

Televiziune – 50%

Internet – 30%

Reviste – 10%

Panouri în instituțiile curative – 5%

Radio – 4%

Alte surse – 1%.

Iată de ce, crearea sau participarea la emisiunile specializate de la televiziune și radio poate da un rezultat pozitiv, destinat nu numai pacienților, dar și celor, care, de fapt, procură aparataj medical. Conducătorii instituțiilor curative, în realitate, sunt cumpărătorii tehnicii bio–medicale cu destinație non-invazivă. Ei obțin informație de la expoziții specializate, de la conferințe, de la cursurile de calificare și din discuțiile cu colegii, precum și din sursele mass – media generale și specializate. Toate aceste mijloace sunt necesare și pentru producătorii de tehnică medicală.

Organizarea seminarelor informative gratuite pentru potențialii cumpărători este recomandată pentru producătorii utilajului. La petrecerea a astfel de seminare este permisă discuția nu numai asupra aparatajului, caracteristicilor tehnice ale acestuia, metodelor de deservire, dar și demonstrarea practică a tehnicii în acțiune, demonstrarea eficienței utilizării ei, consecințele pentru pacienți, etc.

După finisarea seminarului, este necesar de a asigura ascultătorii cu seturi de materiale informative. Aceste materiale cer a avea un conținut real cu informații nu doar despre aparataj, ci și despre producător.

Verificarea termenilor, mijloacelor bănești cheltuite, și cel mai important - nivelul vânzărilor tehnicii medicale – vor servi ca control al calității pentru acest plan.

Crearea prețului

Există diferite metode de creare a prețului. În acest caz – oferind tehnica bio-medicală cu destinație non-invazivă pe piața Rusiei, după părerea noastră, este necesar de a începe cu determinarea cheltuielilor. Anume nivelul costului va determina acea valoare minimală a prețului. În cazul în care acesta este mai jos – întreprinderea va activa în pierdere.

Următoarea etapă este determinarea mărimii profitului. Ea poate depinde de următorii factori:

- prețurile concurenților;
- venitul pieții cu destinație specială;
- posibilitatea rambursării creditului (în caz de necesitate).

În consecință, se proiectează strategia

prețului. Ea poate fi diferită în dependență de tipul concret de producție:

- 1) „luarea caimacului”;
- 2) prețul de introducere și de pătrundere pe piață;
- 3) prețul lider pe piață;
- 4) prețul „psihologic”;
- 5) prețul prestigios.

Desfacerea tehnicii bio – medicale

Cum au demonstrat cercetările, căile importante de desfacere a pieții tehnicii medicale sunt:

- vânzări directe – 96, 6%;
- vânzări prin dileri – 69%;
- vânzări prin agenți – 40%;
- vânzări prin filiale regionale – 37%.

De o importanță mult mai mare se bucură utilizarea rețelei Internet în scop de marketing,

numărul de utilizatori ai căreia crește zi de zi. Utilizarea sistemelor telemedicinii și implicarea în aceste sisteme este un câmp calitativ nou pentru tehnică medicală.

Așadar, utilizarea principiilor importante de marketing în domeniul bio– și tehnico-medical necesită evidența cerințelor specifice, caracteristice domeniului respectiv.

Bibliografie

1. Revista „Business medical” – 2002 - nr.1 – 12.
2. Materialele expoziției „Moldmedicina - 2002”.
3. Kotler F. Marketing management. – SPb: Piter Kom, 1998.
4. C. Ețco, L. Goma, E. Reabov, S. Marin, N. Globa. Economia ocrotirii sănătății. Chișinău, 2000.
5. A. Cotelnic, N. Nicolaescu, V. Cojocar. Management CEP al ASEM. Chișinău, 1998.
6. I. Mereuță, E. Popușoi, C. Ețco, M. Eftodi. Sănătatea publică și managementul în medicină. Chișinău, 2000.

А. И. Гуцуляк, К. М. Тагиев, В. П. Серета

МЕНЕДЖЕМЕНТ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

The mammary gland cancer is on the first place in the structure of women morbidity. The last years statistics confirm the raise of morbidity and mortality caused by the mammary gland cancer throughout the world.

There is presented the algorithm of the management of early diagnosis and mammary gland cancer treatment.

Key words: cancer, mammary gland.

Рак молочной железы — одна из наиболее агрессивных и относительно часто встречающихся форм злокачественных опухолей у женщин. Заболеваемость раком молочной железы возрастает быстрыми темпами. Опухоль, ещё недавно занимавшая четвёртое место по частоте, сейчас вышла на первое (1). В Украине ежегодно заболевает около 14 тысяч женщин, что составляет 50 случаев на 100 тысяч населения, в Белорусии — 49 случаев на 100 тысяч населения, в России — 46 случаев (6, 7). Реальный путь улучшения результатов лечения опухолей молочных желез — ранняя, а в ряде случаев доклиническая диагностика (так называемые минимальные формы опухолей) у практически здоровых женщин (3, 8). Организация

медицинской помощи больным с социально-значимыми заболеваниями имеет фундаментальное значение для общества, так как влияет на демографические процессы, способствует сохранению трудоспособного населения. А с экономической точки зрения население является основной производительной силой в создании материальных и духовных благ (4). В связи с появлением новых технических средств диагностики, врачи-специалисты должны уметь оценить информативность каждого из диагностических методов и клиническую значимость метода, выбрать наиболее оптимальный способ выявления заболевания и определения распространённости процесса (2, 5). Статистические данные последних лет

подтверждают увеличение заболеваемости раком молочной железы и смертности от него во всех странах мира (2). Не исключением является и наш регион, о чём свидетельствует анализ состояния онкопатологии молочных

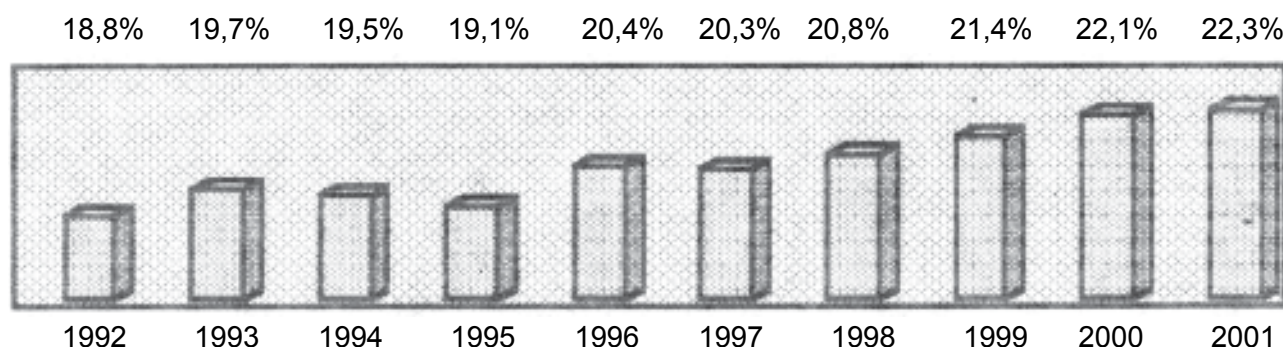
желез за 1992—2001 годы, проведённый в Онкологическом Диспансере г. Тирасполь (табл. №1). Процентное соотношение больных раком молочной железы к общему числу состоящих на учёте, представлено на рис. 1.

Таблица 1

Количество больных раком молочной железы за 1992-2001 годы

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Общее количество онкобольных	1893	1939	1997	2005	2076	2144	2219	2283	2356	2318
Количество больных раком молочной железы	356	382	391	382	424	435	463	489	521	518

Рисунок 1



Данные показатели наглядно указывают на постоянный и неуклонный рост как общего количества больных раком молочной железы, так и увеличения их процентного соотношения по отношению к остальным локализациям онкопроцессов.

Известно, что достаточно важным моментом, прямо влияющим на объём лечения,

его исход, а также на прогноз длительности и качества жизни, является то, в какой стадии развития процесса была выявлена онкопатология молочных желез. Успехи и пробелы диагностики рака молочной железы по нашим данным отражены в таблице 2 соотношением ранних и далеко зашедших форм рака молочной железы представлены на рис. 2.

Таблица 2

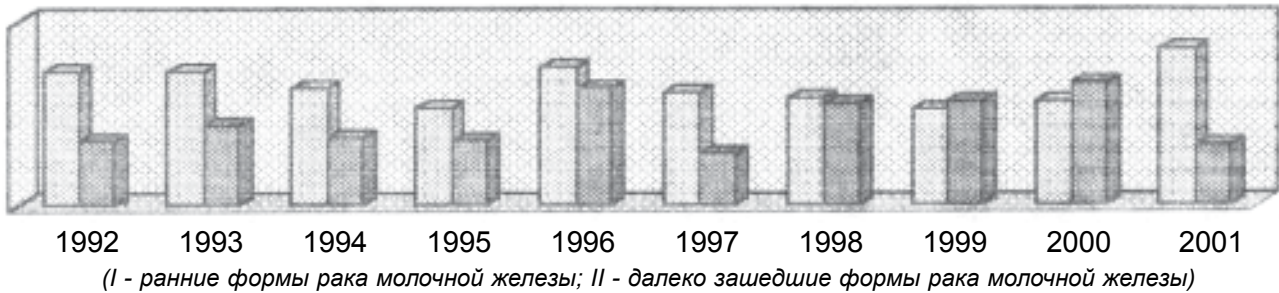
Количественные показатели заболеваемости раком молочной железы по годам в зависимости от стадий

Стадии	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
I	7	5	10	6	4	5	5	2	5	13
II	37	39	28	26	41	32	30	29	39	38
III	14	19	12	9	20	10	21	25	21	10
IV	7	7	10	12	18	7	12	9	19	10

Очевидно, что в основном преобладают больные выявленные во II-й и III-й стадии онкологического процесса и сохраняется

высокий процент больных с далеко зашедшими формами рака молочной железы. Анализируя состояние онкопатологии

Рисунок 2

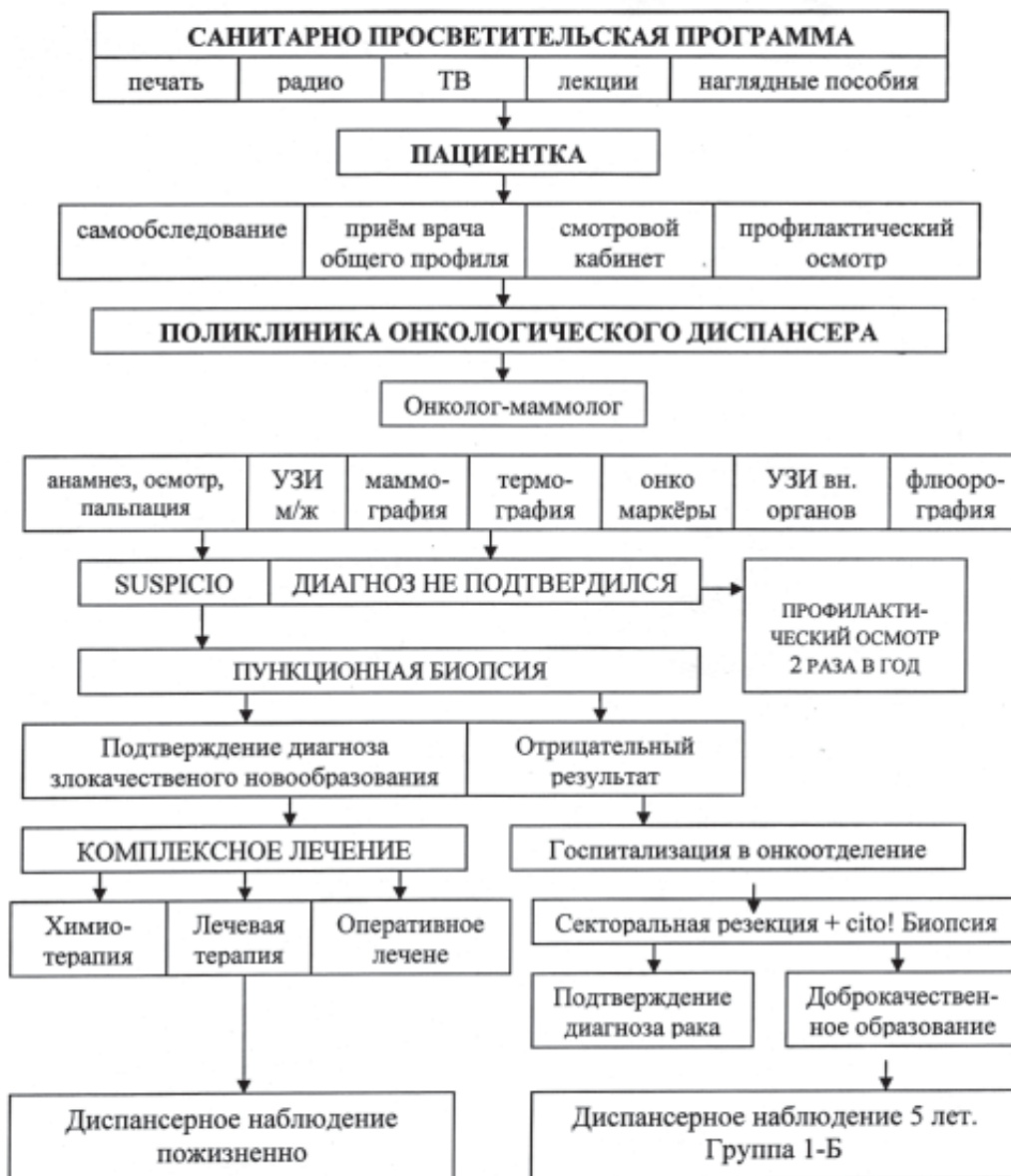


(I - ранние формы рака молочной железы; II - далеко зашедшие формы рака молочной железы)

молочных желез, учитывая социально-экономические особенности сегодняшнего дня, несмотря на ощутимый дефицит диагностической аппаратуры, для выявления ранних форм злокачественных образований и предопухолевых

состояний молочных желез у женщин, в Онкологическом Диспансере г. Тирасполь выработан алгоритм обследований женщин, основанный на общепринятых стандартах и учитывающий особенности региона (рис.3).

Рисунок 3



Внедрение данной системы диагностики и лечения больных раком молочной железы, неустанное следование этим рекомендациям, активизация санитарно-просветительной работы, несомненно улучшает диагностику и выявление ранних форм новообразований молочных желез. Кроме этого, крайне важным является насыщение поликлинического звена Онкологического Диспансера соответствующей диагностической аппаратурой для проведения полноценной широкомасштабной противораковой борьбы.

Литература

1. Трапезников Н.Н., Шайн Л.А. "Онкология". Москва, "Медицина", 1992, с.156.

2. Трапезников Н.Н., Летягин В.П., Алиев Д.А. "Лечение опухолей молочной железы". Москва, "Медицина", 1988, с.5.

3. Павлов К.А., Пайкин М.Д., Дымарский Л.Ю.. "Онкология поликлинического врача". Москва, "Медицина", 1979, с.53.

4. Козлов С.В. "Эпидемиологическое и социально-экономическое обоснование профилактики и ранней диагностики рака молочной железы" - автореферат диссертации... доктора медицинских наук. Москва, 2000г.

5. "Комплексное лечение рака молочной железы"- методические рекомендации. Киев, 1979.

6. Пытарский Л.А. "Рак молочной железы". Минск, "Вышэйшая школа", 1998, с.5-24.

7. Шпарик Я.В., Білінський Б.Т. "Ад'ювантна хіміотерапія раку грудної залози". Львів, 1997, с.6.

8. "Organizarea serviciului de profilaxie al populaiei feminine în Moldova" - îndrumări metodice, Chişinău, 1995.

A. Cernii, E. Tudor, A. Sandul, Gh. Țîmbalari

EVALUARE HISTOPATOLOGICĂ ȘI ELECTRONOMICROSCOPICĂ A EFICACITĂȚII TRATAMENTULUI ANTIRECIDIVANT APLICAT LA PACIENȚI CU POLIPOZĂ RINOSINUZALĂ ASOCIATĂ CU ASTM BRONȘIC, INTOLERANȚĂ LA ASPIRINĂ ȘI ALTE ANTIINFLAMATOARE NESTEROIDIENE

We present in this article the morphological data on 30 patients with rhino-sinusal polyposis associated with bronchial asthma, intolerance to aspirin and other non-steroidal anti-inflammatory drugs, treated with anti-leukotriene accolate and adaptogene PIM1stimulin-3. Therefore it stood out a considerable numerical decrease of eosinophiles in all tissue specimens of nasal and bronchial mucous, but the light and electronmicroscopic investigations did not indicate any beneficial changes of bronchial mucociliary alterations in asthmatic patients case.

Key words: rhino-sinusal polyposis, non-steroidal antiinflammatory drugs.

Polipoza rinosinuzală reprezintă o problemă abordată de cercetători pe parcursul anilor, datorită incidenței sporite și asocierii frecvente cu stări alergice, în special cu astmul bronșic. Incidența acesteia este de circa 1% din populație de pe glob, iar aproximativ o 1/3 din pacienți cu polipoză suferă de astm bronșic [1]. Polipoza rinosinuzală asociată cu astm bronșic și intoleranță la aspirină și alte antiinflamatoare nesteroidiene se caracterizează prin incidență frecventă a recurențelor polipoase cu evoluție gravă a astmului bronșic [2]

OBIECTIVE

Evaluarea varietăților histologice și ultrastructurale ale mucoasei nazale și bronhiale

după tratament antirecidivant cu acolat și PIM1stimulină-3 la pacienți cu polipoză rinosinuzală asociată cu astm bronșic și intoleranță la aspirină și alte AINS.

MATERIAL ȘI METODE

Au fost incluși în studiu 30 pacienți cu polipoză rinosinuzală asociată cu astm bronșic și intoleranță la aspirină și alte AINS, care au fost supuși tratamentului antirecidivant aplicat postoperator (tratament chirurgical clasic și neurotomie endonazală selectivă bilaterală). Atitudinea terapeutică antirecidivantă postoperatorie a inclus: preparat din grupa antileucotriene – acolat (Zeneca, Marea Britanie), comprimate, 40mg/zi în două prize, timp de o lună; și altă metodă de

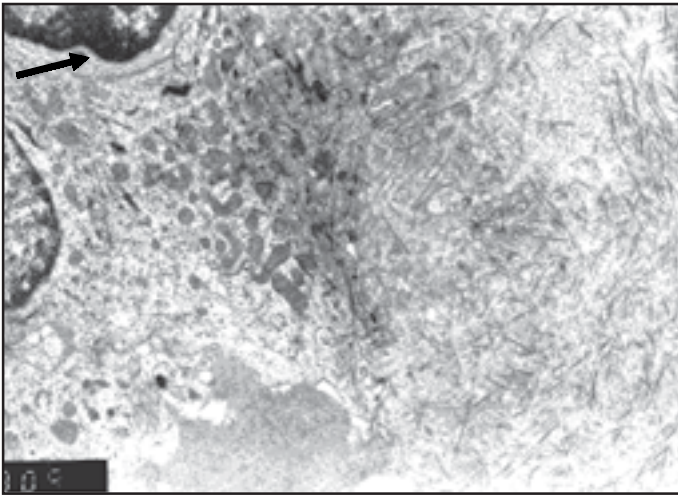


Fig. 1. Porțiunea bazală a celulei epiteliale (din stânga) și țesutul conjunctiv subepitelial (din dreapta) a mucoasei nazale. Este indicată (→) o porțiune de limfocit intraepitelial (tratament cu acolat). Electronogramă. × 12500.

tratament antirecidivant – administrarea fitopreparatului PIM1stimulina-3 (Farmaco, Moldova), administrat endonazal intramucos în fiecare cornet nazal inferior a câte 1 ml, după anestezie locală aplicativă, timp de 15- 20 zile.

În dependență de atitudinea terapeutică antirecidivantă postoperatorie aplicată pacienții au fost divizați în 2 subloturi: sublotul 1 (19 pacienți) - tratament cu PIM1stimulină-3; sublotul 2 (11pacienți) – tratament cu Acolat.

Au fost investigate secțiuni histologice colorate cu hematoxilin și eozin, precum și secțiuni colorate cu albastru de toluidin pentru evidențierea mastocitelor.

Cercetările ultrastructurale au fost realizate în 16 cazuri. Examinarea secțiunilor ultrafine a fost realizată la microscopul electronic JEM-1000SX cu tensiunea acceleratorie a acestuia de 60 sau 80 kV.

REZULTATE

În fragmentele mucoasei nazale, cercetate după tratament cu acolat și PIM1stimulină-3, epitelul de acoperire și-a păstrat particularitățile sale structurale și s-a prezentat, cum și până la tratament, ca epitelu respiratoriu; arii de epitelu pavimentos stratificat, adiacent la cel de tranziție s-a constatat într-un singur caz.

După tratament cu acolat, reieșind din cercetările histologice, descumările celulelor epiteliale au persistat, însă au fost ceva mai puțin

pronunțate și mai puțin frecvente. Electronoptic, au persistat celulele epiteliale cu organe alterate și corpusculi mieliniți în citoplasmă, de asemenea, cili tumefiați. Într-un caz, după tratament cu acolat nu s-au depistat cili tumefiați. Prin compararea particularităților infiltrației inflamatorii la același pacient până și după tratament, am constatat o diminuare numerică a eozinofilelor de cca 2ori. Reieșind din datele electronoptice, degranularea eozinofilelor a fost de asemenea mai puțin pronunțată după tratament cu acolat. Edemul stromal a dispărut, iar corionul conjunctiv al mucoasei a devenit mult mai bogat în fibre colagene (fig. 1). Celulele inflamatorii penetrante în epitelul de acoperire au fost decelate după tratament cu acolat (fig. 1), numărul eozinofilelor intraepiteliale fiind totuși mult mai diminuat în comparație cu acesta până la tratament.

După tratament cu PIM1stimulină-3, particularitățile structurale ale epitelului de acoperire a mucoasei au rămas neschimbate: a predominat în toate cazurile epitelul pseudostratificat ciliat. Într-un caz, acest epitelu conținea arii de epitelu de tranziție cu tendința de aplatizare a celulelor de la suprafață. Descumările celulelor epiteliale au fost detectate în special în ariile de prezență a celulelor inflamatorii sub epitelu și între celulele epiteliale. Aparent, ariile de epitelu defectat au fost ceva mai puțin numeroase după tratament cu PIM1stimulină-3, însă datele, privind

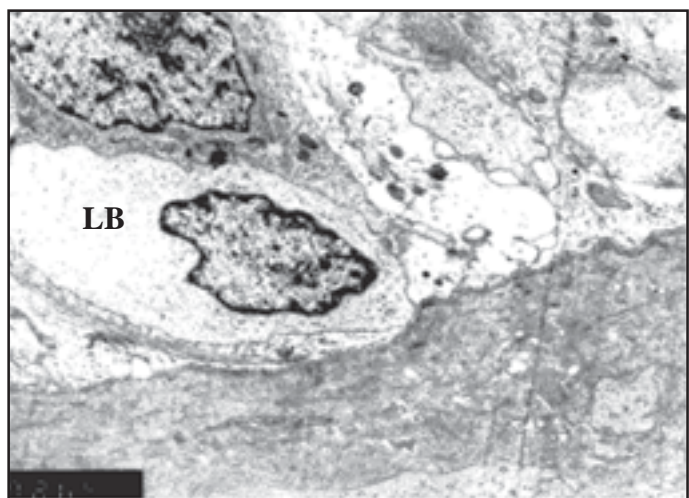


Fig. 2. Limfoblast (LB) între celulele bazale ale epitelului respiratoriu, care tapetează mucoasa cornetului nazal inferior (tratament cu PIM1-stimulină-3). Electronogramă. × 9000.

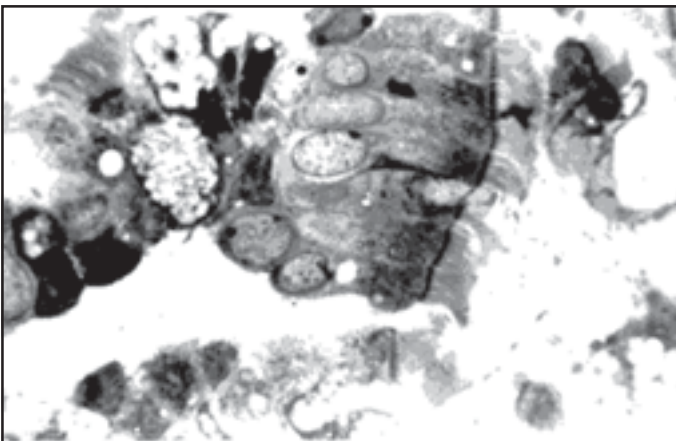


Fig. 3. Fragmente de epiteliu bronșic după tratament cu acolat. Secțiune ultramicrotomică, colorată cu albastru de metilen. × 1200.

contribuția acestei terapii în diminuarea descumărilor nu sunt suficient de concludente. Schimbările ultrastructurale ale celulelor epiteliale au rămas de același caracter: mitocondrii alterate, corpusculi mielinici în citoplasmă, cili tumefiați la suprafața apicală.

Un număr mic sau moderat de celule inflamatorii a persistat în stroma conjunctivă după tratament cu PIMstimulină-3. numărul acestora a fost ceva mai redus, comparativ cu nivelul infiltrației mucoasei până la tratament, însă nu atât de semnificativ, cum am pus în evidență după terapia cu acolat. Notăm totuși, că în mucoasa nazală recoltată după tratament cu PIMstimulină-3 numărul eozinofilelor intrastromale și intraepiteliale a devenit cu certitudine mult mai mic, iar edemul stromal a dispărut completamente. Surprinzătoare a fost apariția după tratament cu PIMstimulină-3 a limfoblaștilor (fig.2) care erau localizați într-un număr mare atât în stroma conjunctivă, cât și în epitelul de acoperire, și care erau absenti sau rareori întâlniți în mucoasa nazală investigată până la tratament. Limfoblaștii posedau un nucleu cu mai multă eucromatină și citoplasmă mult mai voluminoasă, comparativ cu limfocitele.

Microscopic, fragmentele de mucoasă bronșică, recoltate atât după tratament cu acolat (fig. 3) cât și după tratament cu PIMstimulină-3 se prezentau ca epiteliu respiratoriu în care a continuat să persiste hiperplazia celulelor caliciforme. La un singur pacient tratat cu PIMstimulină-3 s-a decelat în fragmentele tisulare cercetate o reducere

numerică și repartizare aproape normală în epiteliu a celulelor caliciforme. De asemenea a persistat după tratament cu acolat și PIMstimulină-3 patologia cililor (fig. 4). Cili fuzionați, cili tumefiați și structuri membranice mielinizate am găsit în toate cazurile studiate.

Cercetările mucoasei bronșice scot în evidență după tratament cu acolat și PIMstimulină-3 reducerea numărului de celule inflamatorii, în special a eozinofilelor, în regiunile supra-, intra- și subepiteliale. Deși nu a fost estimată cantitativ (din cauza suprafeței mici a secțiunilor și absenței frecvente a stromei conjunctive subepiteliale), se poate afirma că infiltrația inflamatorie a fost mai diminuată în cazurile de tratament cu acolat. La pacienții tratați cu PIMstimulină-3 a fost decelată în toate cazurile prezența în epiteliu și vecinătatea lui a eozinofilelor și limfocitelor. Eozinofilele erau rareori degranulate și foarte rar erau prezente în compartimentul epitelial al mucoasei, limfocitele se prezentau cu o suprafață citoplasmatică mai sporită – semn de activare și transformare în limfoblaste.

DISCUȚII

Conform datelor morfologice, tratamentul cu acolat e asociat cu o reducere numerică a eozinofilelor în mucoasa nazală și cea bronhială în ariile sub- și intraepiteliale. Concomitent cu micșorarea numărului de eozinofile și degranularea mai redusă a acestora se constată dispariția edemului stromal, majorarea densității fibrelor colagene, prezența mai rară a descumărilor epiteliale. Aceasta se datorează

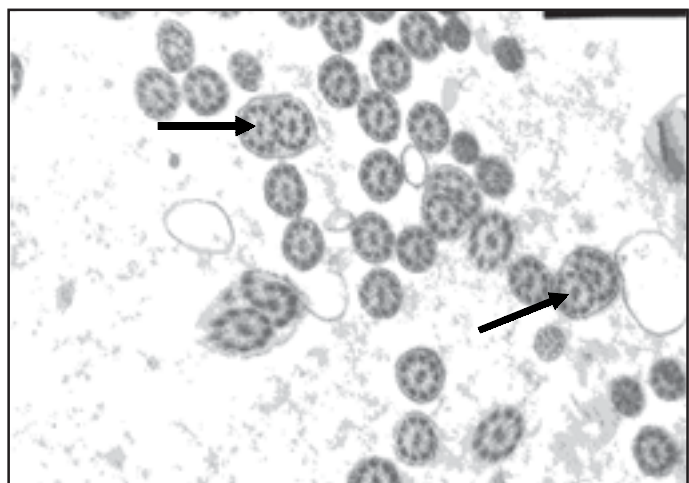


Fig. 4. Cili fuzionați (→) cu două seturi microtubulare în astmul bronșic cu intoleranța la aspirină. Electronogramă. × 35000.

blocării selective ale receptorilor leucotrienici, în afară de aceasta, acolatul micșorează conținutul factorilor celulari și extracelulari ale reacției inflamatorii în căile respiratorii [4].

În mucoasa nazală și bronhială, după tratament cu PIMstimulina-3 se constată o reducere numerică a eozinofilelor, însă nu atât de semnificativă ca în cadrul administrării acolatului. După tratament cu PIMstimulina-3, eozinofilele sunt numai rareori degranulate și foarte rar sunt prezente în compartimentul epitelial al mucoasei, edemul stromal dispăre și fibrele colagene devin dispuse mai compact. Detașările celulelor epiteliale devin mai rar întâlnite. Mecanismele prin care PIMstimulina-3 își exercită acțiunea imunomodulatoare nu sunt stabilite. Reieșind din datele noastre de apariție în cadrul tratamentului a unui număr mare de limfoblaști în mucoasa nazală, se poate admite că acestea apar în urma activării și blasttransformării limfocitelor. Trebuie de menționat că PIMstimulina-3 reprezintă un compus de extracte ale plantelor, iar plantele, în special, iarba de coada-șoricelului (*Achillea millefolium*) și frunzele de urzică (*Urtica dioica*), ce intră în componența preparatului, conțin mitogene active capabile să stimuleze funcția mononuclearelor sanguine și să producă blasttransformarea limfocitelor [3].

CONCLUZII

În rezultatul tratamentului antirecidivant postoperator aplicat s-a determinat că, acolatul și PIMstimulina-3 nu contribuie la diminuarea schimbărilor instalate în epiteliul de acoperire a mucoasei nazale, nu influențează asupra hiperplaziei celulelor caliciforme și stării patologice a cililor la suprafața apicală a celulelor ciliate bronhiale. În schimb, tratamentul respectiv reduce semnificativ infiltrația eozinofilică a corionului conjunctiv, de asemenea edemul acestuia. Reducerea numerică a eozinofilelor în regiunile intra-, supra- și subepiteliale a mucoasei nazale și bronhiale se relevă după tratamentul cu acolat. După tratamentul cu PIMstimulina-3 se remarcă apariția limfoblaștilor care posedă un nucleu cu mai multă eucromatină și citoplasmă mult mai voluminoasă, comparativ cu limfocitele.

BIBLIOGRAFIE

1. Crampette L. Nasal – paranasal sinus polyposis // *Press Med.* – 2001. – vol. 30. –No 39 –40. – Pt. 2. – P. 44-50.
2. Bateman N.D., Fahy C, Woolford T.J. Nasal polyps: still more questions than answers. // *J Laryngol Otol.* – 2003. – vol. 117. –No 1. – P. 1-9.
3. Mao T.K, Van de Water J, Keen C.L. et al. Effect of cocoa flavanols and their related oligomers on the secretion of interleukin-5 in peripheral blood mononuclear cells. // *J. Med Food.* –2002. – vol.5. - No1. –P. 17-22.
4. Kulus M. Leukotriene antagonist drugs // *Pneumonol Alergol Pol.* – 2002. –No 70. –Suppl. 1. –P. 72-6.

P. Rusu

CONDUITA CHIRURGICALĂ ÎN CANCERUL COLONIC COMPLICAT CU EXTENSIA TUMORII ASUPRA ORGANELOR ȘI ȚESUTURILOR ADIACENTE

There are presented radical surgical interventions to 86 patients with complicated colon cancer with extension of the tumor over the adjacent organs and tissues. The extension of the tumor was more frequent in colon cancer of the sigmoid intestine – 39.5% cases. The pathoanatomical study of the removed pieces during the surgeries confirmed the tumor invasion in 67.4% cases, while in 32.6% cases the extension of the neoplasm had an inflammatory origin.

Key words: *surgical interventions, colon cancer.*

Actualitatea temei

Actualmente în majoritatea țărilor economic dezvoltate (cu excepția Japoniei) cancerul colorectal, reprezintă a doua cauză de deces prin cancer după cel pulmonar (7; 14). Conform

datelor unor autori (4), cancerul colorectal ocupă locul IV în lume în structura maladiilor oncologice, înregistrând anual până la 800.000 cazuri noi de morbiditate și circa 440000 cazuri de deces.

O situație similară se observă și în Republica

Moldova unde în anul 2002 cancerul colonic și cel rectal au avut incidența de 10.1 și 10.5 la 100.000 populație, respectiv localizării, ocupând locurile III și II în structura neoplaziilor tractului digestiv, cedând neesențial la acest capitol în fața cancerului gastric.

În pofida eforturilor cercetătorilor și clinicienilor din întreaga lume, îndreptate spre depistarea precoce a cancerului colorectal, rezultatele actuale sunt încă pe departe de a fi satisfăcătoare. Actualmente rata depistării tardive a cancerului colorectal, când intervențiile chirurgicale cu viza radicalității sunt imposibile, rămâne destul de înaltă. Astfel, conform datelor literaturii, circa 23-38% cazuri de cancer colorectal sunt depistate în stadiile avansate ale maladiei (III și IV TNM), când prognosticul este extrem de nefavorabil chiar și în cazul unor eforturi extraordinare (operații paliative și radicale extinse și combinate, polichimio- și radioterapie adjuvantă etc.) (3;5).

Corespunzător surselor statistice din literatura de specialitate circa 40 – 88.9% din totalitatea neoplaziilor colonice sunt însoțite de diverse complicații cu diferit grad de manifestare clinică, iar letalitatea postoperatorie în caz de cancer colonic complicat este extrem de înaltă, atingând indicii de 32.5-54.5% (1, 11; 15, 18, 20).

Răspândirea tumorii colonice asupra organelor și țesuturilor adiacente reprezintă o complicație a cancerului colonic întâlnită în circa 10 - 48.2% cazuri din totalitatea carcinoamelor colonice complicate (2; 6; 8; 12; 13) și în majoritatea cazurilor necesită intervenții chirurgicale extinse cu viză radicală, acestea constituind unică șansă de vindecare a pacienților în cauză. Adesea, atât prin investigații sofisticate preoperatorii (tomografie computerizată, rezonanță magneto-nucleară etc.), cât și intraoperator este imposibil de apreciat just originea aderenței tumorii (tumorală sau inflamatorie) către țesuturile și organele adiacente (16; 19). În această ordine de idei, tumorile cu suspjecție de propagare pe structurile vecine necesită o abordare ablastică extinsă, în bloc cu tumoarea fiind înlăturate și țesuturile (organele) invadate. O prudență exagerată este binevenită în aceste cazuri comparativ cu o temeritate excesivă, adesea pacienții la care nu au fost practicate rezecții extinse având recidive locale în termeni relativ scurți după operație (9; 10; 17).

Scopul cercetării – optimizarea conduitei chirurgicale în cancerul colonic complicat cu extensie a tumorii asupra organelor și țesuturilor adiacente.

Obiectul și metodele cercetării

Lucrarea este bazată pe studiul datelor referitor la 86 pacienți cu cancer colonic complicat cu extensie a tumorii asupra organelor și țesuturilor adiacente, ce constituie 14.5% cazuri din lotul de 592 bolnavi cu diverse forme complicate ale cancerului colonic, care au fost supuși tratamentului chirurgical radical și s-au aflat în clinică între anii 1991 și 2001.

Rezultatele obținute

Analiza cercetărilor clinice constată, că la 86 pacienți cu complicația prioritară extensie a tumorului în țesuturile și organele adiacente paralel au avut loc mai multe complicații concomitente alcătuind numărul total de 179 complicații. Cele mai frecvente complicații concomitente au fost ocluziile intestinale compensate, care s-au depistat la 61 (70.9%) pacienți. Complicațiile concomitente de origine inflamatorie peritumorală în faza infiltrativă s-au întâlnit în 19.8% cazuri. Forma prioritară a cancerului colonic – extensia tumorului în asociere cu formele toxico-anemice s-au întâlnit în 17.4% cazuri (indicii hemoglobinei mai jos de 100 g/%). Analiza efectuată indică o predominare a pacienților de sex feminin – 53.5%, față de cel masculin – 46.5% cazuri. Numărul pacienților ce cuprinde vârsta între 50 – 69 ani cu complicația prioritară extensia tumorului asupra organelor și țesuturilor adiacente este de 55 sau 64.0% cazuri. Deceniul șase de vârstă constituie lotul de pacienți cu cea mai frecventă afectare – 34.9% cazuri. Structura morfologică a neoplasmului colonului în 79.1% cazuri este prezentat prin adenocarcinom diferenciat moderat. În stadiul evolutiv al maladiei II (T3-4 N0 M0) s-au depistat 46.5% bolnavi. Este necesar de menționat faptul că în acest lot de 40 pacienți, la 33 (82.5%) stadiul evolutiv al maladiei a fost clasificat T4 cu invadarea tumorală a peretelui intestinal, inclusiv stratul seros, iar în unele cazuri – și a mezoului intestinal. Lotul pacienților cu metastaze în ganglionii limfatici regionali (T3-4 N1-2 M0) în complicațiile cancerului colonic cu invadare în organele și țesuturile adiacente este de 53.5% cazuri.

Cancerul colonului complicat cu extensia tumorului în organe și țesuturi adiacente de cele mai deseori (39.5%) s-a întâlnit în localizarea tumorului pe intestinul sigmoid, urmat de porțiunea ascendentă (20.9%), unghiul hepatic (16.3%) și de intestinul cec (13.9%). Localizarea procesului tumoral pe colonul descendent a avut loc în 4.7%.

Tabelul 1.

Repartizarea pacienților cu invadare a cancerului colonic în țesuturile și organele adiacente în funcție de volumul intervențiilor chirurgicale

Volumul intervenției chirurgicale	Total	
	N.absolut	%
HCED inclusiv cu :	39	45.3
1. rezecția stomacului	1	1.2
2. rezecția intestinului subțire	4	4.5
3. rezecția peretelui abdominal	5	5.8
4. rezecția duodenului	2	2.3
5. rezecția ficatului	2	2.3
6. colecistectomie	1	1.2
HCES inclusiv cu:	20	23.3
1. rezecția intestinului subțire	8	9.3
2. rezecția peretelui abdominal	5	5.8
Rezecția intestinului sigmoid inclusiv cu :	8	9.3
1. anexele uterine	3	3.5
Rezecția colonului transvers combinată cu rezecția stomacului	2	2.3
Operația Hartmann inclusiv cu:	8	9.3
1. anexele uterine	2	2.3
2. amputația supravaginală a uterului	2	2.3
3. rezecția vezicii urinare	4	4.7
HCES cu aplicarea transverzostomei de protecție combinată cu rezecția intestinului subțire	4	4.7
HCED cu aplicarea transverzostomei de protecție inclusiv cu:	5	5.8
1. rezecția intestinului subțire	2	2.3
2. rezecția ficatului	1	1.2
3. rezecția peretelui abdominal	2	2.3
Total	86	100.0

Sediul neoplasmului cu extensie în organele sau țesuturile adiacente pe colonul transvers, unghiul splenic s-a întâlnit doar în câte 2 (2.3%) cazuri respectiv. În cele mai frecvente cazuri (51.2%) are loc extinderea tumorii în localizările cancerului colonului drept, comparativ cu colonul stâng (46.5%). Organele și țesuturile cele mai frecvent cointeresate în procesul neoplazic au fost: țesutul retroperitoneal și paranefral – 27.9%; intestinul subțire – 20.9%; peretele abdominal – 14%; mezoul colonului – 14%. Anexele uterine și uterul au fost antrenate în procesul tumoral de cancerul intestinului sigmoid în 8.1% cazuri, vezica urinară în 4.7% cazuri.

Toți bolnavii de cancer colonic complicat cu extinderea tumorilor asupra organelor și țesuturilor adiacente au primit tratament preoperator îndreptat spre corijarea dereglărilor proteino-volemice și hemostazice. Tratamentul indicat a fost utilizat timp de 6 – 10 zile până la

redresarea satisfăcătoare a indicilor homeostazici, astfel creînduse o stare satisfăcătoare pentru tratamentul chirurgical.

Din 86 pacienți operați radical cu complicația prioritară extensia tumorului în organe și țesuturi adiacente în 89.5% cazuri a avut loc exereza tumorului cu segmentul respectiv al intestinului fără aplicarea colostomei de protecție. La 9 (10.5%) bolnavi din motivul asocierii și a ocluziei intestinale s-a recurs la rezecția colonului cu anastomoză interintestinală cu aplicarea colostomei de protecție. Intervenții chirurgicale combinate s-au efectuat la 50 (58.1%) pacienți. Cele mai frecvente intervenții chirurgicale combinate au fost rezecțiile de colon cu intestinul subțire – 18 (20.9%) pacienți și peretele abdominal - 12 (13.9%) bolnavi. În 13.9% cazuri tumorul invadează mezoul colonului afectat, 17.4% țesuturile retroperitoneale și 10.5% țesutul paranefral.

Operațiile efectuate în aceste condiții au fost considerate ca tipice.

În elaborarea volumului de exereză și a tipului de intervenție chirurgicală în cazurile de cancer colonic cu răspândire locoregională, este necesar de a se conduce de următoarele criterii:

- starea generală a pacientului la momentul realizării operației, gradul devierilor indicilor metabolici condiționați de tumor și complicațiile procesului tumoral;

- riscul complicațiilor postoperatorii, nu numai de natură septico-purulentă și de particularitățile stării imunologice de rezistență antibacteriană și antitumorală, cât și de așa complicații ca insuficiența

hepatorenală, tromboză și trombembolii ale arteriei pulmonale (agravarea sindromului CID).

- Respectarea principiilor radicalismului oncologic prin efectuarea intervențiilor chirurgicale combinate (riscul apariției recidivelor locale și metastazelor la distanță).

Este important ca în timpul exerezei segmentului dat în intervențiile chirurgicale combinate de a se ține cont de toate principiile oncologice și în același rând în cazurile de rezecție a organului adiacent tumorului colonului de a depăși incizia față de hotarul macroscopic tumoral cel puțin cu 2,5 – 3 cm. Numai în asemenea cazuri operația poate fi considerată condițional radicală și de sperat la o prognoză favorabilă. Rezecțiile combinate ale cancerului colonului complicate cu antrenarea în procesul tumoral a peretelui abdominal, ansele intestinului subțire, anexele uterine nu prezintă dificultăți în extinderea hotarului necesar exerezei, pe când concreșterea în duoden, pancreas - prezintă mari greutăți tehnice în extinderea hotarului exerezei.

În timpul intervenției chirurgicale propagarea veridică a procesului tumoral nu poate fi determinată definitiv corect. Gradul de răspândire a procesului tumoral în organele și țesuturile adiacente poate fi apreciat numai după studiul morfologic al pieselor înlăturate.

Analiza datelor expuse (tabelul 2), denotă faptul că din 86 bolnavi cu cancer colonic local

răspândit apreciat clinic și macroscopic, care au suportat intervenții chirurgicale la 58 (67.4%) în rezultatul studiului morfologic a pieselor înlăturate s-a confirmat concreșterea cancerului, pe când la 28 (32.6%) pacienți rezultatul histologic a fost negativ fiind de origine inflamatorie.

Complicații postoperatorii au fost înregistrate la 15 (17.4%) pacienți, dintre care la 8.1% de origine inflamatorie, 5.8 % neinflamatorie (inclusiv dehiscența anastomozei în 2 cazuri) și 3.5% cardiovasculare. Postoperator au decedat 4 (4.7%) pacienți. La doi bolnavi letalitatea a survenit din cauza complicațiilor septico-purulente, un caz complicație cardio-vasculară și alt caz insuficiență hepato-renală.

În concluzie cancerul colonului complicat cu extensia tumorului asupra organelor și țesuturilor adiacente s-a depistat în 14.5% cazuri (din lotul de 592 pacienți cu diverse complicații ale cancerului colonic). Mai frecvent extinderea tumorului a avut loc în localizarea cancerului colonic pe intestinul sigmoid.- 39.5% cazuri. Cele mai frecvente intervenții chirurgicale combinate au fost rezecțiile de colon combinate cu rezecția intestinului subțire 20.9% cazuri. Studiul patomorfologic a pieselor înlăturate în rezultatul intervențiilor chirurgicale a confirmat invadarea canceroasă în 67.4% cazuri, iar în 32.6% cazuri extinderea neoplasmului s-a dovenit a fi de origine inflamatorie.

Bibliografia

1. Ammaturo C., Cirillo F., Imperatore F. et al. L'occlusionone retto-colica da cancro. *Minerva chir* 1996; 51:6: 433-438.

2. Curley SA, Carlson GW, Shumate CR, Wishnow KI, Ames FC. Extended resection for locally advanced colorectal carcinoma. // *Am J Surg* 1992 Jun;163(6):553-9

3. De Cosse JJ, Tsioulis GJ, Jacobson JS: Colorectal cancer: Detection, treatment and rehabilitation. *CA Cancer J Clin* 44:27-42, 1994.

4. Helm J. F., Sandler R. S. Colorectal cancer screening. *Med. Clin. North Am.* – 1999. – Vol. 83. 1403 – 1422.

5. Hoel DG, Davis DL, Miller AB, et al: Trends in cancer mortality in 15 industrialized countries, 1969–1986. *J Natl Cancer Inst* 84:313–320, 1992.

6. Izbicki J.R., Hosch S.B., Knoefel W.T., Passlick B., Bloechle C., Broelsch C.E. Extended resections are beneficial for patients with locally advanced colorectal cancer. // *Dis Colon Rectum* 1995 Dec;38(12):1251-6.

7. Jemal A, Murray T, Samuels A, Ghafoor A, Ward E, Thun MJ. Cancer statistics, 2003. *CA Cancer J Clin* 2003 Jan-Feb;53(1):5-26.

Tabelul 2.

Raportul macroscopic și confirmarea microscopică al invaziei tumorale

Organul sau țesutul adiacent rezecat	Apreciat macroscopic	Rezultatul histologic			
		Proces tumoral		Proces inflamator	
		n.a.	%	n.a.	%
Intestinul subțire	18	14	16.3	4	4.7
Vezița urinară	4	2	2.3		
Peretele abdominal	12	8	9.3	4	4.7
Anexele uterine	5	3	3.5	2	2.3
Stomacul	3	2	2.3	1	1.2
Ficatul	3	2	2.3	1	1.2
Uterul	2	1	1.2	1	1.2
Duodenul	2	1	1.2	1	1.2
Vezița biliară	1	1	1.2	-	-
Mezoul colonului	12	9	10.5	3	3.5
Țesutul retroperitoneal	21	13	15.1	8	9.3
Țesutul paranefral	3	2	2.3	1	1.2
Total	86	58	67.4	28	32.6

8. Le Treut Y.P., Bozon-Verduraz E., Sabiani P., Maillet B., Bricot R. Extensive excision of fixed cancers of the colon. A retrospective study of 44 cases. // J Chir (Paris) 1986 Jun-Jul;123(6-7):402-6.

9. Orkin B.A., Dozois R.R., Beart R.W. Jr., Patterson D.E., Gunderson L.L., Ilstrup D.M. Extended resection for locally advanced primary adenocarcinoma of the rectum. // Dis Colon Rectum 1989 Apr;32(4):286-92.

10. Pittam MR, Thornton H, Ellis H. Survival after extended resection for locally advanced carcinomas of the colon and rectum. // Ann R Coll Surg Engl 1984 Mar;66(2):81-4.

11. Schild S.E., Gunderson L. L., Haddock M. G. The treatment of locally advanced colon cancer. // International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics, 37 (1), 1997, p. 51 – 58.

12. Talamonti MS, Shumate CR, Carlson GW, Curley SA. Locally advanced carcinoma of the colon and rectum involving the urinary bladder. //Surg Gynecol Obstet 1993 Nov;177(5):481-7

13. Turoldo A., Balani A., Tonello C., Ziza F., Roseano M. Extended resection in locally advanced colon cancer. // Ann Ital Chir 1998 Sep-Oct;69(5):639-44; discussion 645-6.

14. Аксель Е.М., Давыдов М.И., Ушакова Т.И. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта:

основные статистические показатели и тенденции. Современная онкология. Том 3/Н 4/2001.

15. Алиев С.А. Первично-радикальные оперативные вмешательства при острой непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза у больных пожилого и старческого возраста. Хирургия, 2001.Н 8. с. 44 – 50.

16. Ганичкин А.М., Яицкий Н.А., Кицай Т.А. Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненном воспалительным процессом.// Вестн. хирург. им. И.И.Грекова; 1988. 140. N 1. С. 55-57.

17. Ефимов Г.А.,Ушаков Ю.М. Осложненный рак ободочной кишки: М. Медицина. 1984. 152 с.

18. Орлов В.К. Особенности клинического течения и тактика лечения рака ободочной кишки у больных пожилого и старческого возраста: Автореф. дис.... канд. мед.наук. М. 1990. 24 с.

19. Тихонов А.А. Особенности лечения больных раком прямой кишки, осложненном перифокальным воспалительным процессом: Автореф.дис.....канд.мед.наук. М.1986. 25 с.

20. Эктов В. Н. Выбор хирургической тактики и методов интенсивной терапии в лечении обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Воронеж 1995.

S. Lupu

ASPECTE MANAGERIAL-FINANCIARE A CHELTUIELILOR BUGETARE PENTRU SERVICIILE DE SĂNĂTATE

The development of health system as a component part of social politics needs essential financial resources. In socio-economic sense, the investment in health is represented as the financial attitude which appears between the state administration and physical/juridical persons during the distribution and utilization of public finances for health system needs. In order to evaluate the state's investment in health there are used indicators of standards, structures and progress.

Key words: health system, financial resources.

Dezvoltarea sistemului de sănătate ca parte componentă a politicii sociale necesită resurse financiare esențiale.

În sens socio-economic cheltuielile pentru sănătate sunt reprezentate ca atitudinea financiară care apare între administrația de stat și persoanele fizice și juridice în timpul distribuției și folosirii finanțelor publice pentru necesitățile sistemului de sănătate.

Pentru aprecierea cheltuielilor statului pentru sănătate se folosesc **indicatori ai nivelului, structurii și dinamicii.**

La indicatorii nivelului cheltuielilor statului pentru sănătate se referă:

- Volumul anual al cheltuielilor statului pentru sănătate
- Cota specifică a cheltuielilor statului pentru

serviciile de sănătate în cheltuielile bugetare W^{GH}_{BE}

- Cota specifică a cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate în cheltuielile socioculturale

W^{GH}_{GCS}

- Cota specifică a cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate în cheltuielile statului W^{GH}_G

- Cota specifică a cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate în PIB W^{GH}_{GDP}

- Cheltuielile medioanuale pentru sănătate la 1 persoană.

Cota specifică a cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate în cheltuielile bugetare W^{GH}_{BE}

Cota specifică a cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate în cheltuielile bugetare W^{GH}_{BE} se calculează ca raportul cheltuielilor

statului pentru serviciile de sănătate GH la cheltuielile bugetare BE.

$$W_{BE}^{GH} = (GH/BE \times 100\%)$$

Cota specifică a cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate în cheltuielile socioculturale W_{GCS}^{GH}

Cota specifică a cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate în cheltuielile socioculturale W_{GCS}^{GH} se calculează ca raportul cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate GH la cheltuielile socioculturale GSC.

$$W_{GSC}^{GH} = (GH/GSC \times 100\%)$$

Cota specifică a cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate în cheltuielile statului W_G^{GH}

Cota specifică a cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate în cheltuielile statului W_G^{GH} se calculează ca raportul cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate GH la cheltuielile statului G.

$$W_G^{GH} = (GH/G \times 100\%)$$

Cota specifică a cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate în PIB

$$W_{GDP}^{GH}$$

Cota specifică a cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate în PIB W_{GDP}^{GH} se calculează ca raportul cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate GH la produsul intern brut GDP.

$$W_{GDP}^{GH} = (GH/GDP \times 100\%)$$

Cheltuielile medii anuale pentru sănătate la 1 persoană

Cheltuielile medioanuale pentru sănătate la 1 persoană GH_{ml} se calculează ca raportul cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate GH la numărul de locuitori al statului N_1 .

$$GH_{ml} = GH / N_1$$

Indicatorii structurii caracterizează cheltuielile statului pentru sănătate în dependență de 3 clasificări:

- Clasificare funcțională
- Clasificare economică

- Clasificare organizațională
Conform clasificării funcționale cheltuielile se clasifică conform devizului de cheltuieli

Conform clasificării economice cheltuielile statului pentru sănătate se împart în 2 grupe: cheltuieli capitale și cheltuieli curente

Conform clasificării organizaționale cheltuielile statului pentru sănătate se divizează după diferite departamente și unități administrativ teritoriale.

Indicatorii dinamicii cheltuielile statului pentru sănătate

- Creșterea absolută (nominală și reală) a cheltuielilor statului pentru sănătate

- Creșterea relativă (nominală și reală) a cheltuielilor statului pentru sănătate

- Elasticitate cheltuielilor statului pentru sănătate după PIB (sau alt indicator de cheltuieli bugetare, cheltuieli a statului etc.).

Creșterea absolută (nominală și reală) a cheltuielilor statului pentru sănătate

Creșterea absolută (nominală și reală) a cheltuielilor statului pentru sănătate " $GH_{1/0}$ se calculează conform formulei:

$$GH_{1/0} = GH_1 - GH_0$$

unde GH_1 și GH_0 reprezintă cheltuielile statului pentru sănătate în perioada 1 și 0.

- Creșterea relativă (nominală și reală) a cheltuielilor statului pentru sănătate I_{GH} se calculează conform formulei:

$$I_{GH} = GH_1 / GH_0 \times 100\%$$

unde GH_1 și GH_0 reprezintă cheltuielile statului pentru sănătate în perioada 1 și 0.

- Elasticitate cheltuielilor statului pentru sănătate după PIB (sau alt indicator a cheltuielilor bugetare , cheltuieli a statului s.a.m.d.)

$$e_{GDP}^{GH} = I_{GH1/0} / I_{GDP1/0}$$

Anexa 1

Metodologia aprecierii cheltuielilor statului pentru sănătate

Indicatori ai nivelului cheltuielilor statului pentru sănătate

- Volumul anual al cheltuielilor statului pentru sănătate

- Cota specifică a cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate în cheltuielile bugetare

W^{GH}_{BE}

- Cota specifică a cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate în cheltuielile socioculturale

W^{GH}_{GCS}

- Cota specifică a cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate în cheltuielile statului W^{GH}_G

- Cota specifică a cheltuielilor statului pentru serviciile de sănătate în PIB W^{GH}_{GDP}

- Cheltuielile medioanuale pentru sănătate la 1 persoane

Indicatori ai structurii cheltuielilor statului pentru sănătate

- Clasificare funcțională conform devizului de cheltuieli

- Clasificare economică cheltuieli capitale și cheltuieli curente

- Clasificare organizațională după diferite departamente și unități administrativ teritoriale.

Indicatori ai dinamicii cheltuielilor statului pentru sănătate

- Creșterea absolută (nominală și reală) a cheltuielilor statului pentru sănătate

- Creșterea relativă (nominală și reală) a cheltuielilor statului pentru sănătate

- Elasticitate cheltuielilor statului pentru sănătate după PIB (sau alt indicator de cheltuieli bugetare, cheltuieli a statului etc.).

Bibliografie

1. A. Cotelnic, N. Nicolaescu, V. Cojocaru. Management. Chișinău, 1998.
2. I. Mereuță, E. Popușoi, C. Ețco, M. Eftodi. Sănătatea publică și managementul în medicină. Chișinău, 2000.
3. Burlacu N., Cojocaru V. Management, 1995.
4. Petrescu I. Management. Broșovia, 1993.
5. Борман Д. и др. «Менеджмент. Предпринимательская деятельность в рыночной экономике».
6. C. Ețco, L. Goma, E. Reabov, S. Marin, N. Globa. Economia ocrotirii sănătății. Chișinău, 2000.

V. Carauș

UNELE ASPECTE A PROCESULUI TEHNOLOGIC DE PREGĂTIRE A BALSAMULUI "FĂT-FRUMOS"

The phytotherapy has a very important meaning in complex process of treatment and prophylaxis. This article presents the aspects of technological process of preparing the balm "Fat-Frumos" and the balm's spectrum of utilization. The balm has a fortifying action on the central nervous system; improves the function of life; subtracts the pain in gastric and duodenal ulcer; reduces the membrane cellular permeability and frequently of the enterocytes and of main capillary membranes; increases the elimination of radionuclide 137Cs; normalizes the blood circulation and coagulation, hepatic and encephalic intercellular structures. The balm "Fat-Frumos" is also recommended for curative-prophylactic treatment.

Key words: phytotherapy, balm "Fat-Frumos".

Unul din factorii, care ar putea influența semnificativ asupra sănătății populației, în special a celor ce locuiesc în zonele cu condiții ecologice nefavorabile, ar putea fi raționalizarea alimentației prin utilizarea mai amplă în rațion a plantelor medicinale, cu care este bogată Moldova. Unele din ele, adițional la proprietățile curative și profilactice bine studiate, sunt excepțional de utile în condițiile ecologice nefaste și, în special, la acțiunea radiației ionizante. Consumul permanent al acestor remedii naturale inofensive, verificate în experiența de multe secole, pot să extindă considerabil abilitățile protectoare ale organismului, să preîntâmpine leziunile provocate de radiație, precum și afecțiunile oncologice.

Fitopreparatele se pot utiliza de sinestătător, cât și în formă de suplimente alimentare la produsele alimentare obișnuite, variate băuturi. Selecția bogată de fitopreparate, diapazonul extrem de vast al efectului curativ, posibilitatea asocierilor lor, permit, adiționându-le în cantități nu prea mari în produse și băuturi, de a le folosi în scopuri curative pentru saturare cu vitamine, ameliorarea calităților gustative, aromatizare.

Într-un șir de cazuri, preparatele costisitoare și greu accesibile pot fi cu succes substituite cu unele sau altele preparate de origine vegetală. Sunt suficiente date, care confirmă că unele din plantele medicinale pot fi cu succes utilizate în calitate de radioprotectoare, remedii care

Tabelul 2

contribue la intensificarea proceselor de eliminare a radionuclizilor și corecția alterărilor nefavorabile, cauzate de radiații.

Totodată, o metodă anumită la fitopreparate determină apariția unor preparate de origine vegetală puțin controlate sau neverificate, reclamate în calitate de remedii eficiente radioprotectoare și curative. Fitopreparatele, la fel ca și orice remediu curativ, au anumite indicații și contraindicații pentru administrare, doze optime etc. Printre preparatele de origine vegetală de o valoare majoră, se întîlnesc nu puține din acele, supradozarea cărora pot provoca intoxicații grave. În plus, conform cercetărilor științifice și practicii, este imposibil de a crea un produs alimentar universal, care ar putea optimiza multilateral procesele

Nr. d/r	Denumirea aparatului și utilajului. Numărul conform fluxului tehnologic	Caracteristici tehnice /capacități, productivitate etc./	Specificația materialului ce contactează cu produsul farmaceutic	Categoria pericolului de explozie a utilajului /aparaturii/
1.	Cântar tip RP-150 /1/	500x515x1300 mm	-	-
2.	Balanță tehnică tip. BT-200 / 2 /	-	-	-
3.	Vas pentru etanol /3/	Capacitatea 15000 l	smalt	cat.III
4.	Vas pentru macerare /4/	Capacitatea 20000 l	smalt	cat.III
5.	Vas pentru produsul extractiv /5/	Capacitatea 15000 l	smalt	-
6.	Pompă centrifugală /6/	500 l/min.	inox 12X18H10T	cat.III
7.	Reactor pentru prepararea siropului /7/.	5000 l	inox 12X18H10T	-
8.	Filtru membrană/8/ Filtru cu plăci /9/ Filtru Kizelgur model FBS /10/	0,8 ; 0,45 μ 40x40, nr.30 S=3m ² , 40 mm	inox AISI 304 inox AISI-304 inox AISI-304	- -
9.	Vas pentru prepararea scurilor alcoolate /11/	100 l	inox 12X18H10T	-
10.	Vas pentru prepararea balsamului (cupaj)	15000 l	smalt	-
11.	Linie automată pentru dozarea , capsarea și etichetarea flacoanelor cu lichide /9/ - masă pentru alimentarea cu flacoane; -aparat de spălare, model "Tecno SF"; - monobloc pentru dozare sterilă model "TECNO-RC 16-1-1. -aparat de capsare; -aparat de etichetare model "R7206TMFS3E4"; -aparat automat de ambalare în cutii model "Tecno Cartec"	12 robinete de injecție 12 robinete de dozare	inox AISI-304 inox AISI-304 inox AISI-316 inox AISI-316 inox AISI-304 inox AISI-430 inox AISI 430	cat.III

1. Compoziție cantitativă (tabelul 1)

Denumirea materiei prime /D.C.I./	Cantitatea în g
1. Suc din struguri de viță de vie alcoolat (Vitis vinifera)	100,0
2. Suc din Mere alcoolat (Malus sylvestris)	20,0
3. Lemn dulce rădăcini și rizomi (Glycyrrhiza glabra)	5,0
4. Obligeană rădăcini (Acorus calamus)	0,06
5. Sunătoare părți aeriene (Hypericum perforatum)	0,35
6. Sovârv părți aeriene (Origanum vulgare)	0,10
7. Mentă frunze (Mentha piperita)	0,21
8. Coada șoricelului părți aeriene (Achillea millefolium)	0,15
9. Pin muguri (Pynus silvestris)	0,05
10. Zahăr	28,1
11. Acid citric	0,09
12. Colorant alimentar	10,0
13. Alcool etilic 96,0%	q.s.
14. Apă purificată	până la 1000 ml

metabolice în organism. Iată de ce, în opinia noastră, activitatea privind estimarea multilaterală a efectului curativ asupra organismului al diferitor suplimente alimentare, băuturilor, balsamurilor și studierea obiectivă, în special, a proprietăților lor radioprotectoare, se prezintă de o actualitate și oportunitate majoră. Din această listă deosebit de interesante ar fi balsamurile alcoolice, în prepararea cărora se poate evita folosirea conservanților toxici.

Noi am elaborat compoziția, tehnologia de preparare și metodele de analiză a unui nou produs – Supliment alimentar biologic activ balsam "Făt-frumos".

2. Farmacoterapie

Produsul face parte din grupa terapeutică L03A X – alte imunostimulatoare.

II. SPECIFICAȚIE DE APARATE ȘI UTILAJ (tabelul 2)

Balsamul "Făt-Frumos" a fost preparat

conform unei tehnologii originale și prezintă un lichid de culoare brună cu miros aromat și gust specific plăcut.

Bibliografie

1. F.R., ed.X., Editura Medicală, București, 1993
2. F.S., ed.XI., V1; V2; Moscova 1989
3. Ghid de protecția muncii. Vol.I. Chișinău, "Protecția muncii", 1985.
4. Ghid de protecția muncii. Vol.II. Chișinău, "Protecția muncii", 1998.
5. "Reguli de bună practică de fabricație"(GMP), Agenția Medicamentului, București, 2000.
6. Пожарная безопасность веществ и материалов,

применяемых в химической промышленности. Справочник под общей редакцией Рябова И.В. М., "Химия", 1971.

7. "Вредные вещества в промышленности". Т. 1, 2. Под редакцией Лазарева Н.В. Л., "Химия", 1971.

8. ГОСТ 42 У-2-92 "Продукция медицинской и микробиологической промышленности. Технические регламенты производства, содержание, порядок разработки, согласования и утверждения".

9. Попов А.П. Лекарственные растения в народной медицине. Киев: Здоров'я, Медикол.1970

10. Ладынина Е.А., Морозова Р.С. Фитотерапия. Ленинград: Медицина.1987.

11. Виленчик М.М. Радиобиологические эффекты и окружающая среда.-М.:Энергаториздат.-1991.

V. Ghicavii

SOARTA PIRAZOLONELOR

Currently, the pyrasolon derivatives have a large spectrum of utilization. The author describes here the pyrasolons confirmed on the market of Republic of Moldova in historic, chemical-pharmaceutical and curative-prophylactic circumstances.

Key words: pharmaceutical products, pyrasolon.

Din derivații de pirazonă și pirazolidindionă ca analgezice – antipiretice sau ca antiinflamatoare în practica medicală se folosesc: fenazonă (phenazone, antipyrin), aminofenazonă (aminophenazone, amidopyrine, pyramidon), metamizol sodic (metamizole sodium, dipyrone, noramidopyrine, algocalmin, analgin, novalgin, novalmin, novamizol, optalgin), propifenazonă (propyphenazone, cibalgina, eufibron, isoprochin), fenilbutazonă (phenylbutazone, butadion, butazolidin, elmedal, reumazon, spondiryl), oxifenbutazonă (oxyphenbutazone, phlogase, phlogistol, phlogont, tanderil), kebusonă (kebusone, ketazon, phloguron) și azapropazonă (azapropazone, apazone, prolixan, rheumox).

Sunt cunoscute bine și combinațiile ce conțin metamizol (piafen, andipal, anapirin, tempalgin, baralgin, pentalgin-ICN, pentalgin-N, benalgin, piranal), aminofenazonă (clofezonă, anapirin, piranal), fenilbutazonă (reopirin, reumopirin) și propifenazonă (novalgin, spasmoveralgin, etc).

Pe piața farmaceutică a Moldovei metamizolul autohton este prezentat destul de suficient, necătând la volumul destul de mare al preparatelor analgezice mono- și multi-componente de import.

Actualmente în Moldova metamizolul este

omologat sub următoarele produse:

- analgin (comprimate, sol. injectabilă) din Moldova, Ucraina, Letonia, Belarusi, Grecia, România, Bulgaria, Rusia, Vietnam, Estonia, Germania;

- brunalgin (comprimate, sol. injectabilă) din Belgia;

- novalgin (comprimate) din România;

- algocalmin (comprimate, sol. injectabilă) din România.

De asemenea sunt omologate preparatele ce conțin:

a) metamizol – benalgin (comprimate), tempalgin (comprimate) din Bulgaria; baralgin (comprimate și sol. injectabilă) din Iugoslavia și India sau cu denumirea de spasmalgon (comprimate și sol. injectabilă) din Bulgaria; anapirin, piranal, analgin-chinină comprimate din Bulgaria;

b) aminofenazonă – anapirin și piranal (Bulgaria); reopirin (Ungaria).

DATE ISTORICE:

Metamizolul a fost lansat pe piața farmaceutică pentru prima dată cu 80 ani în urmă (a.1921) în Germania de firma Hoechst. În 1922 a fost deja descrisă agranulocitoza - o boală fatală, care debuta

ca o infecție foarte activă, însoțită de dispariția granulocitelor din sânge. Numai după câteva decenii de utilizare, folosirea metamizolului a fost asociată cu reacții adverse fatale și, în primul rând, agranulocitoza. În 1986 în baza unor studii extensive a fost confirmată existența unor reacții cauzale între metamizol și agranulocitoză. Prin mai multe cercetări experimentale și clinice s-a demonstrat existența unui mecanism imun în apariția acestui dramatic efect advers la utilizarea metamizolului.

Deoarece metamizolul și preparatele ce conțin metamizol nu corespund criteriului "inofensive cu siguranță", reacțiile autorităților din diverse țări referitor la utilizarea acestor produse au fost variabile – de la retragerea de pe piața farmaceutică a produselor respective până la autorizarea realizării acestor preparate de o ordonanță medicală.

Așa în SUA, printr-o hotărâre a FDA, metamizolul a fost retras complet de pe piață din 1977, în Marea Britanie – cu 35 ani în urmă, în Arabia Saudită- din 1980. Asociația Medicală Americană a atenționat pericolele potențiale ale utilizării acestor preparate încă în 1973. Datorită riscului mare de agranulocitoză (1:3000), retragerea metamizolului în Suedia s-a făcut din 1973, însă în urma unei contraofensive a producătorilor cu prezentarea unor date optimiste, statul suedez cedează și reîntroduce metamizolul pe piață în 1995. Apariția însă relativ rapidă a unor noi cazuri de agranulocitoză ca rezultat al utilizării metamizolului timp de 6-7 zile oral sau parenteral într-un interval de 3-4 luni, a dus la scoaterea metamizolului de pe piața suedeză în 1999. Danemarca a interzis utilizarea sistemică a metamizolului încă din 1979 datorită pericolului de agranulocitoză. Israelul, din 1995 a aprobat utilizarea parenterală a metamizolului sodic numai în spitale. Belgia a reglementat, din 1987, utilizarea metamizolului numai după prescripție medicală și a impus păstrarea preparatului la secțiunea otrăvuri, cu obligația aplicării pe flacon a etichetei "cap de mort". De asemenea, s-a interzis prescrierea produsului mai mult de cinci ori într-o perioadă de șase luni. Germania, prin hotărâri emise în 1987, a restricționat utilizarea preparatelor ce conțin metamizol, retrăgând de pe piață combinațiile ce includ această substanță. Spania, în 1989 a retras de asemenea combinațiile de metamizol cu excepția celor spasmolitice, păstrând metamizolul numai pentru tratarea durerilor post-traumatice,

postoperatorii și febrei care nu răspunde la alte analgezice-antipiretice. În Olanda, producătorii au luat în 1990 hotărârea comună de a retrage de pe piață a produselor ce conțineau metamizol în diverse combinații. Au mai procedat la fel Grecia, Irlanda, Pakistanul, Ghana, Arabia Saudită, Kuweit etc (vezi tabelul).

Distribuția răspândită a produselor metamizolice și semnalarea de cazuri de agranulocitoză în aproape toate zonele geografice unde au fost utilizate, au necesitat evidențierea clară a relației metamizol – agranulocitoză, prin efectuarea unui studiu farmacoepidemiologic intitulat "Internațional Agranulocytosis and Aplastic Anemia Study (IAAAS)", solicitat de mai multe firme, inclusiv și firma Hoechst, cea care a lansat metamizolul pentru prima oară în terapie. Studiul, cunoscut sub denumirea de "Boston Study, s-a desfășurat pe o perioadă de 6 ani (1980-1986), pe teritoriul a 7 țări și a publicat concluzii optimiste (un caz de agranulocitoză la 1mln de oameni pe săptămână), obținute la utilizarea metamizolului la 22,2 mln. oameni, care, așa după cum s-a menționat mai sus, au dus la repunerea metamizolului pe unele pieți. Dar apariția la scurt timp în Suedia a unor noi cazuri de agranulocitoză cu o frecvență de 1 la 2000, a determinat din nou eliminarea metamizolului de pe piață.

Riscul de apariție a reacțiilor adverse la utilizarea unică a metamizolului este destul de mic, dar la administrarea relativ mai frecventă a preparatului - acesta semnificativ crește. Expresivitatea acțiunii toxice a metamizolului depinde de asemenea și de factorii genetici, care determină dereglările farmacocineticii și apariția metaboliților toxici. Posibil, din aceste considerente, la diferiți pacienți reacțiile adverse la utilizarea metamizolului evoluează nu numai prin stări aplastice, dar și prin dereglările funcțiilor ficatului, rinichilor și plămânilor. Nefritele, hepatitele, alveolitele interstițiale pot fi nu mai puțin periculoase pentru viața și sănătatea pacienților, decât agranulocitoza.

Una din lucrările dedicate medicamentelor problematice, elaborate de "Health Action International", instituție ce colaborează cu OMS, include un capitol consacrat metamizolului care finalizează cu următoarele recomandări:

"A sosit timpul când dipiron (metamizol) și alți derivați ai șirului pirazolonic trebuie să fie

Țările, în care metamizolul a fost retras de pe piața farmaceutică sau utilizarea lui este strict controlată (autori V.C. ȘUHOV și G.HARPER, 2000)*

ȚARA	MĂSURILE ÎNTREPRINSE	Anul
Australia	Este interzis importul	1965
Marea Britanie	Este interzis	1965
Norvegia	Scos din utilizare	1976
Filipine	Este permisă utilizarea doar dacă nu este o altă alternativă	1977
SUA	Scos din utilizare	1977
Kuweit	Este permisă utilizarea doar a formelor parenterale, conform indicațiilor vitale strict limitate	1978
Danemarca	Sunt interzise preparatele combinate care conțin metamizol	1979
Italia	Sunt scoase din utilizare formele injectabile	1979
Arabia Saudită	Interzis	1980
Emiratele Arabe	Scos din utilizare	1981
Bangladeș	Este permisă utilizarea doar a formelor parenterale, conform indicațiilor vitale strict limitate	1982
Sudan	Este permisă utilizarea doar a formelor parenterale, cu indicații terapeutice limitate	1982
Egipt	Sunt interzise formele parenterale care conțin metamizol mai puțin de 1g	1983
Israel	Sunt scoase din utilizare preparatele combinate, care conțin metamizol	1985
Belgia	Este permisă utilizarea doar a formelor parenterale, conform indicațiilor vitale strict limitate	1987
Germania	Sunt interzise preparatele combinate care conțin metamizol. Remediile monocomponente sunt eliberate doar cu rețetă	1987
Malaezia	Scos din utilizare	1987
Pakistan	Sunt scoase din utilizare preparatele combinate care conțin metamizol.	1988
Gana	Interzis	1989
Spania	Limitarea strictă a indicațiilor. Sunt scoase din circulație preparatele combinate care conțin metamizol.	1989
Olanda	Scos din utilizare	1990
Elveția	Limitarea strictă a indicațiilor și utilizării	1992
Cehoslovacia	Preparatele care conțin metamizol luate sub control	1992
Bahrein	Interzis	După 1992
Grecia	Au fost scoase din utilizare formele parenterale care conțin metamizol < 1g	După 1992
Irlanda	Scos din utilizare	După 1992
Mexica	Formele medicamentoase pentru uz pediatric sunt scoase din utilizare	După 1992
Peru	Este permisă utilizarea numai conform indicațiilor stricte	După 1992
Singapur	Scos din utilizare	După 1992
Șri-Lanka	Formele injectabile sunt scoase din utilizare	După 1992
Venesuela	Scos din utilizare	După 1992
Nepal	Scos din utilizare	1998
Suedia	Scos din utilizare	1999
Armenia	Interzis înregistrarea preparatelor monocomponente (comprimate și soluții)	2000
Lituania	Interzis reînregistrarea preparatelor combinate care conțin metamizol, fempiverină bromid și pitofenon clorhidrat.	2000

* - The consolidated list of products whose consumption and/or sale have been banned, withdrawn, severely restricted or not approved by governments, 6th Edition, UN, 1997

excluși de pe piața farmaceutică mondială. Dipiron nu poate fi considerat ca preparat inofensiv. El nu prezintă un medicament vital-important. Efectul de la utilizarea lui nu poate fi comparat cu riscul pentru viața pacientului. Unica atitudine posibilă față de dipiron, poate fi numai

interzicerea lui, și neapărat, imediată”.

În volumul “Pain Drug Handbook”, editat de Sota Omaigui în 1999, metamizolul nici nu mai este pomenit, iar tratatul de farmacologie și terapeutică Goodman & Gilman (1996) cuprinde următoarea afirmație referitor la pirazolone:

“Aceste medicamente au fost utilizate clinic mulți ani, deși nu mai sunt medicamente de prima linie; fenilbutazona rămâne cea mai importantă din punct de vedere terapeutic, în timp ce antipirina, dipirona și aminopirina nu se mai utilizează”.

Metamizolul în majoritatea țărilor pe parcursul câtorva decenii prezintă practic un medicament “național”, fabricarea căruia a fost realizată de mai multe fabrici farmaceutice.

Sectorul farmaceutic “ambulator” din Moldova în anii 1998-2001 este prezentat cu un enorm număr de analgezice neopioide mono- și multicomponente indigene și de import. Spre deosebire de alte țări metamizolul (analgin, dipiron) și medicamentele ce conțin metamizol până în prezent rămân cele mai pe larg utilizate și sunt eliberate către consumatori fără rețete în toate instituțiile farmaceutice (farmacii, filiale, puncte, etc).

Metamizolul prezintă astăzi în Moldova un analgezic neopioid de bază, destul de activ utilizat în diverse forme medicamentoase: el este procurat de 79% din consumatori și este folosit în stările algice de diversă localizare, despre ce mărturisesc datele anchetării (interogării) medicilor (v. mai jos). În sindromul algic pronunțat acestui preparat i-au dat preferință majoritatea participanților la anchetare (24%).

Atitudinea OMS față de metamizol, ca un preparat dăunător pentru sănătate, utilizarea căruia în practica medicală necesită o limitare maximă, creează pentru Moldova o situație dificilă, deoarece etica medicală și experiența mondială cer suspendarea utilizării metamizolului în clinică, dar informația despre efectele toxice ale metamizolului în țară sunt cazuistice. Numărul cazurilor înregistrate de intoxicare acută la supradozare puțin diferă de acestea la utilizarea paracetamolului sau acidului acetilsalicilic. Ultimele după cât se pare, mărturisesc nu de inofensivitatea metamizolului în Moldova, dar despre neeficacitatea activității serviciilor regionale care supraveghează efectele nedorite (vezi rezultatele anchetării).

E de menționat că și scoaterea din circulație a unui astfel de preparat cum este metamizolul, prezintă un proces destul de îndelungat, însoțit de mai multe dificultăți tehnice și economice.

Considerăm, că unul dintre pericolele utilizării acestei substanțe este generat de ușurința cu care orice individ poate procura analgina (metamizolul), deoarece ea poate fi eliberată fără nici un fel de

prescripție medicală. Autotratementul nu poate fi controlat, existând persoane care utilizează comprimate sau soluția din fiole de câteva ori pe săptămână. În acest fel nu există nici un control asupra consumului de analgină în diverse medii, riscul agranulocitozei neputând fi evitat.

Așa dar se profilează necesitatea renunțării la utilizarea metamizolului în unitățile spitalicești, unde medicii au datoria să prescrie produse farmaceutice cu risc mult mai scăzut de efecte adverse (vezi rezultatele anchetării).

Datele experimentale și clinice permit de a confirma, ca în loc de metamizol pot fi folosite preparatele cu un nivel inofensiv mult mai avansat, precum și economic mult mai accesibile, cum sunt ibuprofen, ketorolac și paracetamol. Acestea sunt efective pentru înlăturarea de scurtă durată a sindromului algic.

În fața unei astfel de stări de lucruri și având în vedere numeroasele studii care fac referiri la potențialul toxic al metamizolului, credem că ar fi de preferat ca utilizarea acestuia să nu mai fie lăsată la voia întâmplării și să se procedeze de urgență la luarea unor măsuri cum ar fi:

- inițierea studiilor farmacoepidemiologice serioase care să urmărească incidența efectelor adverse ale metamizolului și în Moldova;
- prescrierea să se facă numai pe ordonanță medicală și numai în situația în care nu există alternativă terapeutică;
- avizarea medicilor că în situația în care se impune utilizarea metamizolului, produsul să nu fie prescris mai des de cinci ori pe semestru (modelul “belgian”);
- întreprinderea măsurilor de limitare a utilizării metamizolului și preparatelor ce conțin metamizol în practica medicală;
- suspendarea treptată a înregistrării formelor mono- și multicomponente a metamizolului autohton și de import; neutilizarea preparatelor mixte ce conțin metamizol în doze mari (0,5 și 1g) într-un comprimat.

BIBLIOGRAFIE

1. Huguley M.Charles jr., Agranulocytosis Induced by Dipyron, a Hazardous Antipyretic and Analgesic, JAMA, 21 September 1964, p. 162-165.
2. Bottiger L.E., Westerholm B., Drug-induced Blood Dyscrasias in Sweden, British Medical Journal, 11 August 1973, p. 339-343.
3. Boettiger L., Westerholm B. Drug-induced blood dyscrasia in Sweden. BMJ, 1973, 339-343.

4. Shinar Eliat, Hershko Chaim, Causes of Adranulocytosis in a Hospital Population: Identification of Dipyrone as an Important Causative Agent, Israel Journal of Medical Sciences, vol.19, 1983, p. 225-229.
5. Sapiro Samuel, Adranulocytosis and Pyrazolone, The Lancet, 15 February 1984, p. 451-452.
6. Vincent C. Paul, Drug Induced Aplastic Anemia and Adranulocytosis (Incidence and Mechanisms), Drugs 31, 1986, p. 52-63.
7. The International Agranulocytosis and Aplastic Anemia Study (1986). JAMA, 256 (13), 1749-1757.
8. Kumana K.R., The International Adranulocytosis and Aplastic Anemia Study, JAMA, 15 May 1987, vol.257, no.19, p. 2591.
9. Levy M., Shapiro S, Metamizol: een Honderdjarige Treurnis, Ned Tijdschr Geneesk, 1987, 31, nr. 38, p. 1680-1681.
10. Jane Moffatt, Dipyrone-Cotaining Analgesic, Samt Deel, 13 September 1988, p. 331-333.
11. Kaufmann D. Et al The Drug Epidemiology of Agranulocytosis and Aplastic Anemia. Monographs in Epidemiology and Statistics. Vol.18. Oxford University Press, 1991.
12. Chetley A., A Drug no One Needs, in Problem Drugs, Amsterdam, Health Action International, 1993, p. 81-86.
13. Metamisole sodium, Pharmaceuticals (monocomponent products), Fifth Issue, 1995, p. 98-100.
14. Chetley A. Problem Drugs, Red Books, 1995.
15. Hardman G. Joel (ed): Goodman & Gilman's: The Pharmacological Basis of Therapeutics, Ninth edition, ed. Graw Mc Hill, New York, 1996.
16. Sandu L.: Probleme Legate de Utilizarea Metamizolului în România, Durerea Acută și Cronică, 1999, vol.7 nr.2, p.1-3.
17. Schonhofer P.S. Dipyrone (Metamizol): Restored to Good Reputate?, Internistische Praxis, 1999, 39, p. 184-185.
18. Sota Omoigui: Pain Drugs Handbook, Second Edition, 2000.
19. В.С. Шутов, Дж. Харпер. Метамизол и метамизол-содержащие препараты. Клиническая фармакология и терапия, 2000, 9 (1).
20. Dorr J. Victoria, Cook James, Adranulocytosis and Near Fatal Sepsis Due to "Mexican Aspirin" (Dipyrone), Southern Medical Journal, vol. 89, no.6, p. 612-614.

L. Bumacov, N. Bacinschi, V. Ghicavii

UTILIZAREA FEZAMULUI ÎN MEDICAȚIA TRAUMATISMULUI CRANIO-CEREBRAL

The fezam's clinical efficiency in treatment of acute and chronic cerebral trauma was elucidated. Fezam improved patients' mental status: emotional and higher cognitive function, global attention, concentration and memory after two weeks of treatment.

Key words: fezam, cerebral trauma.

Obiective: Fezamal este un produs al companiei „Balkanpharma”, compus din cinnarizină și piracetam, care a fost conceput pentru efectele sale benefice în tratamentul diferitor afecțiuni cerebrale. Părțile componente ale preparatului își potențează reciproc efectele pozitive, diminuând reciproc efectele adverse. Cinnarizina și piracetamul fac parte din grupa stimulatoarelor neurometabolice, care posedă acțiune cerebroprotectivă. Ele ameliorează circulația cerebrală dereglată, influențând microcirculația țesutului cerebral, scăzând viscozitatea și îmbunătățind reologia sângelui.

Piracetamul este bine cunoscut ca nootrop care influențează pozitiv metabolismul neuronal, cu ameliorarea funcționalității conexiunilor intercorticale și cortico-subcorticale. Acțiunea activatoare asupra metabolismului cerebral ameliorează funcțiile asociative și integrative superioare, mai ales, când sunt tulburate prin procese hipoxice, traumatice, toxice, ș. a., în cazul unor suferințe acute sau cronice a creierului [1,2].

Cercetări de farmacologie experimentală au dovedit că piracetamul crește rezistența creierului la diferite agresiuni și ameliorează procesele de învățare și memorizare [3]. Studii de farmacologie clinică au arătat, de asemenea, un efect protector al preparatului față de consecințele negative ale hipoxiei și traumatismului cerebral asupra performanțelor psihomotorii. Piracetamul micșorează consumul de oxigen al neuronilor, favorizează arderea glucozei, menține formarea de ATP și activează G-6-PD, fără a crește formarea de lactat [3, 4].

Cinnarizina provoacă dilatația vaselor cerebrale, ameliorând circulația în țesutul creierului afectat. Blocând receptorii H₁ histaminici, preparatul are efect antihistaminic moderat, manifestând acțiune sedativă, antivomitivă și anticolinergică moderată, ameliorând starea aparatului vestibular, diminuând nistagmul, grețurile și vertigul. De asemenea preparatul are și o acțiune analgezică moderată [1,3].

Scopul prezentei lucrări a fost studierea eficacității clinice a fezamului, utilizat ca medicație adjuvantă, în tratamentul insuficienței cerebro-corticale prin traumatism cranio-cerebral de etiologie și gravitate diversă. Studiul a fost efectuat în clinica de neurologie, neurochirurgie și genetică medicală a USMF „N. Testemițanu”, din cadrul spitalului clinic municipal de urgență. Medicamentul a fost folosit atât în perioada acută, a traumatismului cranio-cerebral moderat și ușor, în perioada de stare după traumatism grav și moderat, cât și în perioada consecințelor traumatismului cranio-cerebral. Criteriile de excludere au servit traumele cranio-cerebrale acute grave cu hemoragii subarahnoidiene și hematoamele.

Material și metode: sub evidență s-au aflat 20 de pacienți, (5 femei și 15 bărbați), cu vârsta medie de 45,5 ani, care au compus grupa de bază și au avut diagnosticul de traumă cranio-cerebrală, de etiologie și gravitate diversă, confirmat clinic și paraclinic. Concomitent cu alte preparate, obișnuit folosite în tratamentul traumatismului cranio-cerebral (diuretice, tranchilizante, analgezice, coagulante ș.a.) fezamul a fost administrat în dozaj a câte 2 comprimate de 3 ori în zi, timp de 4-6 săptămâni (într-un comprimat de fezam se conțin 400 mg piracetam și 25 mg cinnarizină).

În calitate de grupă de control a servit un număr de 20 de pacienți, cu același diagnostic, însă, care au primit tratament obișnuit folosit în managementul traumatismului cranio-cerebral.

9 pacienți din grupa de bază au avut traumă cranio-cerebrală acută de gravitate medie, fezamul administrându-se din ziua a 7-ea a traumatismului; 7 pacienți au avut diagnosticul de stare după traumă cranio-cerebrală severă, iar 4 pacienți au avut diagnosticul de consecință a traumatismului cranio-cerebral, preparatul administrându-se din ziua internării. Examenul experimental-psihologic s-a efectuat cu ajutorul tabelelor Șulte, Platonov și Mini-Mental Score.

În statutul neurologic al pacienților cel mai des s-au înregistrat dereglări ale aparatului vestibular (nistagm, vertij, grețuri, dereglări de coordonare), sindromul astenic (instabilitate psiho-emoțională, dereglări de somn, nervozitate), dereglări intelectual-mnestice cu pierderea sau scăderea memoriei, a funcției cognitive, a capacității și volumului de învățare și

concentrare. Majoritatea pacienților au înregistrat disfuncții vegetative, unii sub formă de paroxisme.

Rezultate: Efectele clinice ale fezamului au devenit evidente după circa 2 săptămâni de tratament. Au fost înregistrate beneficii terapeutice în sindroamele psiho-organice și vegetative de suferință cerebrală traumatică atât acută, cât și cronică. Preparatul a ameliorat stările cerebro-astenice, diminuând cefaleea, zgomotele din urechi, vertijul, nistagmul. La bolnavi s-a reglat somnul, au diminuat stările de anxietate și nervozitate, parțial s-au atenuat stările vegetative, sudorația excesivă, slăbiciunile, tremorul. S-a îmbunătățit evident statutul mental al pacienților tratați cu fezam. S-au restabilit parțial abilitățile intelectual-mnestice cu îmbunătățirea memoriei, a funcției cognitive, a volumului de învățare și concentrare. Testele experimental-psihologice au demonstrat scurtarea timpului de îndeplinire a exercițiilor speciale de memorare a cuvintelor și

Figura 1.

Curba de memorare a cuvintelor la pacienții tratați uzual

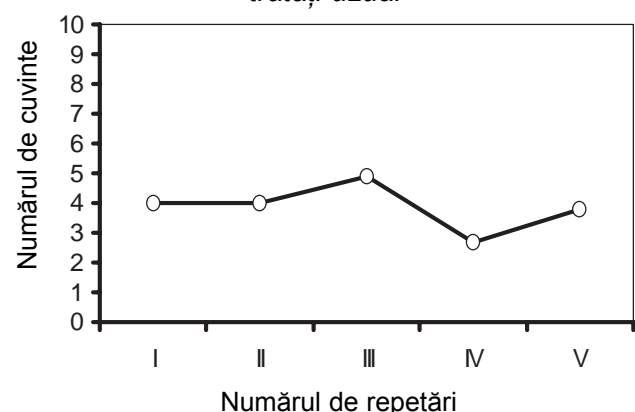


Figura 2.

Curba de memorare a cuvintelor la pacienții tratați cu fezam

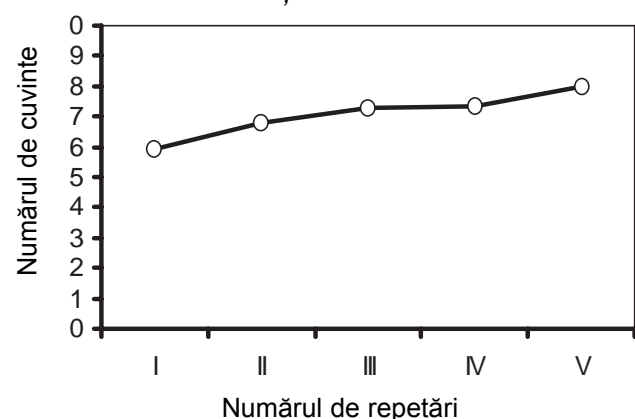


Figura 3.
Curba numerelor găsite la pacienții tratați uzual

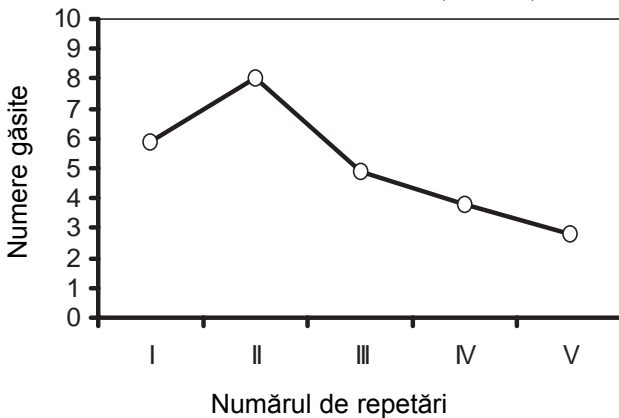
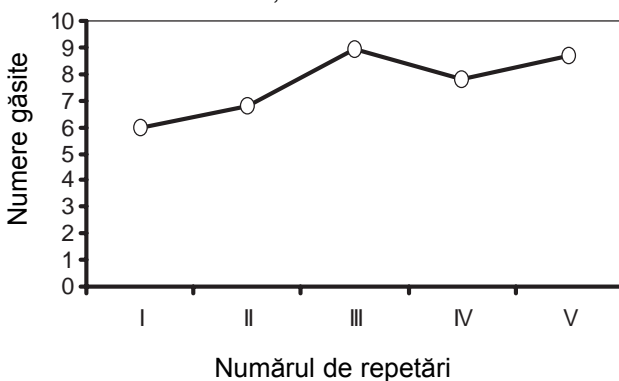


Figura 4.
Curba numerelor găsite la pacienții tratați cu fezam



de căutare a cifrelor (conform tabelelor Șulte, Platonov), în mediu cu 7-8 zile mai repede la bolnavii tratați cu fezam, versus bolnavii tratați uzual (fig. 1, 2, 3, 4). Preparatul a fost util în delirium tremens, la pacienți alcoolici, ameliorând tulburările de comportament și adaptare.

Comparativ cu grupa de bază, simptomatologia neurologică a persistat cu 6-8 zile mai mult la pacienții din grupa de control, care nu au administrat fezam.

Am găsit utilă administrarea fezamului pacienților care au suferit traumă cranio-cerebrală, deoarece, de obicei traumatismele, inclusiv cele cranio-cerebrale, se întâlnesc mai frecvent la persoane tinere și de vârstă medie, apte de muncă, o parte din ei, fiind la începutul carierei profesionale. O atenție deosebită, trebuie atribuită reintegrării pacienților în viața socială. Este foarte importantă reluarea funcției, deținută până la traumatism de către bolnav, luând în considerație schimbările social-economice

nefavorabile și imposibilitatea practicării altor activități. Din cele expuse reiese, că drept criterii de însănătoșire a unui pacient cu traumă cranio-cerebrală, trebuie să servească, nu numai dispariția simptomatologiei neurologice obiective, la care se concentrează clinicienii, dar și restabilirea performanțelor intelectual-mnestice, a memoriei, a funcțiilor cognitive și de învățare, a aptitudinilor profesionale a bolnavilor, precum și reducerea sechelelor traumatismului cerebral. Fezamul, datorită asociației optime și raționale a piracetamului și cinnarizinei s-a dovedit a fi un preparat de elecție în tratamentul acestor bolnavi, deoarece, el activează funcțiile superioare integrative și asociative a creierului, facilitează schimbul de informație dintre emisferele cerebrale, restabilește funcțiile mnestic dereglate, îmbunătățind memoria și procesul de învățare, repară funcțiile cognitive degradate. De asemenea, fezamul înlesnește complianța pacienților, deoarece, ei administrează un singur preparat în locul altor două.

Preparatul s-a dovedit util și eficient și la pacienți alcoolici cu tulburări psiho-emoționale, intelectual-mnestice și de comportament.

Fezamul a fost suportat bine de pacienți, fără a provoca reacții adverse supărătoare sau interacțiuni medicamentoase. Asociația piracetam și cinnarizină a permis administrarea preparatului și la pacienți cu excitație psihomotoră, de trei ori în zi, inclusiv seara, înainte de somn. Faptul s-a datorat abolirii efectului de stimulare a sistemului nervos central, manifestat de piracetam, prin acțiunea sedativă a cinnarizinei.

Administrarea fezamului este benefică și utilă în managementul terapeutic al traumelor cranio-cerebrale. Studiul efectuat a demonstrat că preparatul grăbește însănătoșirea pacienților, scurtând timpul aflării în staționar, permite restabilirea abilităților psihomotorii și intelectual-mnestice și reîncadrarea bolnavilor în viața socială și familială.

Bibliografie

1. Гусев Е. И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. Москва, Медицина, 2001.
2. Михайлов И. Б. Основы рациональной фармако-терапии. Санкт-Петербург, 1999.
3. Stroescu V. Bazele farmacologice ale practicii medicale. Editura Medicală, București, 1999.
4. Cezar Ionel. Compendiu de neurologie. Editura 100+1 GRAMAR, București, 1997.

T. Chiriac, V. Ghicavii

INFLUENȚA SUBSTANȚEI HPT- 49 ASUPRA MICROCIRCULAȚIEI LA ȘOBOLANI

HPT-49 refers to a new range of hypotensive substances – izotioureical derivatives - with direct action on blood vessels able to reduce and stabilize the level of arterial pressure. The HPT-49 solution, in a dosage of 2 mg/kg, shows a noticeable slow hypotensive action with a duration of 5-7 hours.

Key words: HPT-49 substance, hypotensive action.

Prezintă un interes deosebit modul de influență a derivatului izotioureic HPT-49 cu efect hipotensiv asupra vaselor microcirculației, deoarece ultima este în plină dependență de diametrul, structura lor și de inervația pe care o posedă. Aceasta va determina ce fel de reglare (nervoasă sau umorală) predomină și respectiv reactivitatea vaselor la influențele nervoase sau umorale. În cazul studiului unor compuși noi, efectul acestora în mare măsură va depinde de modul de aplicare a acțiunii și desigur de mecanismul de acțiune. Cu acest scop în studiu au fost luate vasele mezoapendicelui, ca obiect clasic de cercetare a microcirculației, cu cercetarea tuturor elementelor funcționale ale patului microcirculator (V.I.Ghicavii, 1971). Pentru unificarea și posibilitatea comparării rezultatelor au fost folosite următoarele criterii ce caracterizează microcirculația: numărul și tipul vaselor funcționale (arteriale, capilare, venoase); diametrul lor; caracterul circulației sângelui prin ele. Toate acestea în concordanță cu modificările nivelului TA sistemice.

Scopul. Studiul influenței substanței HPT-49 asupra microcirculației la aplicarea locală a soluției diluate 1:500, precum și la administrarea intravenoasă a compusului.

Material și metode. În experiență au fost incluse 2 loturi de șobolani, câte 10 șobolani - masculi cu masa medie 220g în fiecare lot. Prealabil au fost aneștizați cu 5% soluție tiopental de sodiu administrat intramuscular cu 10-15 min înainte de începerea experienței în raport 10-15 mg la 100g masă corporală a șobolanului.

Rezultate obținute.

În prima serie de experiențe s-a utilizat local soluția diluată 1:500 de HPT-49 prin aplicări repetate cu controlul concomitent al TA (tab. 1).

Experiențele efectuate ne-au permis să constatăm o majorare a diametrului arteriolelor de ordinul II, III și metarteriolelor la 2 minute și care reveneau la starea normală peste 5 minute după aplicare, fără devieri ale TA sistemice. Un interes deosebit a prezentat modificarea numărului de capilare funcționale (tab. 1). S-a constatat că numărul lor crește semnificativ la 2 minute de la aplicare și revine la numărul inițial peste 5 minute. E necesar de menționat că după 4 administrări consecutive se constatau dilatări practic identice ale vaselor studiate. Aceasta ne permite să conchidem despre absența tahifilaxiei la aplicarea repetată, ce constituie un moment important în farmacodinamia acestor timpuri compuși.

Datele obținute ne permit să menționăm, că substanța HPT- 49 exercită un efect benefic asupra sectorului arterial al microcirculației manifestat prin dilatarea arteriolelor de gradul II și III, metarteriolelor și numărului de capilare funcționale. Putem constata, că influența benefică asupra vaselor respective este de ordin humoral, deoarece după cum am menționat aceasta este predominantă asupra acestor tipuri de vase. Astfel, datorită stimulării NO sintetazei (NOS) se acumulează NO (factor endotelial de relaxare) care și duce la ameliorarea microcirculației.

Cercetările la nivelul sectorului venos nu ne-au relevat modificări ale diametrului venulelor la aplicările substanței HPT-49 în diluarea 1: 500. Astfel putem constata, că compusul studiat influențează doar asupra sectorului arterial al microcirculației. Aceasta ne sugerează ideea, că NOS este prezentă doar în patul arterial, deoarece nici derivatul izotioureic izoturon cu proprietăți vasoconstrictoare nu modifică diametrul venulelor (V.Ghicavii, 1971).

În a II serie de experiențe am recurs la studiul

Tabelul 1.
Influența aplicării substanței HPT- 49 în diluția de 1:500 asupra tonusului vaselor terminale și numărului capilarelor funcționale în mezoapendice la șobolani și modificările nivelului TA ($M \pm m$)

Obiectul de studiu	Numărul de exp. (n)	Inițial	După aplicarea substanței HPT-49 în concentrație 1 : 500							
			2' de aplicare	5' după spălare	2' de aplicare	5' după spălare	2' de aplicare	5' după spălare	2' de aplicare	5' după spălare
Arteriole	De ordin II	32,8±0,5 -	38,8±0,5 < 0,001	33,1±0,2 > 0,1	38,7±0,5 < 0,001	33,1 ±0,1 > 0,5	39,2 ± 0,5 < 0,001	32,8 ± 0,5 > 0,5	39,2±0,5 < 0,001	29,9±0,2 < 0,05
	De ordin III	22,6±0,5 -	29,4±0,75 < 0,001	22,6±0,5 > 0,5	29,5±0,3 < 0,001	22,7±0,1 > 0,5	29,2 ±0,5 < 0,001	23,1 ± 0,2 < 0,05	29,4±0,2 < 0,001	23,1±0,2 < 0,05
Metarteriole	9	14,9±1,0 -	15,1±0,64 < 0,001	14,9±1,0 > 0,5	19,3±0,3 < 0,001	15,3±0,2 > 0,2	19,7 ± 0,4 < 0,001	15,1±0,1 > 0,5	19,3±0,3 < 0,001	15,3±0,2 > 0,01
Venule	10	41,6±0,7 -	41,6±0,7 -	41,6±0,7 -	41,6±0,7 -	41,6 ± 0,7 -	41,6±0,7 -	41,6±0,7 -	41,6±0,7 -	41,6±0,7 -
Numărul de capilare funcționale	10	9,1± 0,2 -	13,4±0,59 < 0,001	9,1±0,2 > 0,5	15,3±0,4 < 0,001	9,5±0,2 > 0,1	15,8 ± 0,4 < 0,001	9,3±0,1 > 0,5	15,8±0,4 < 0,001	9,3±0,1 > 0,5
TA, mm Hg	10	105,8±1,2 -	104,6±0,2 > 0,1	104,8±0,1 > 0,1	102,6±0,8 > 0,02	104,2±0,3 > 0,02	104,7± 0,2 > 0,1	104,9±0,1 > 0,2	104,5±0,2 > 0,05	104,7±0,2 > 0,1

Notă: P – veridicitatea devierilor în toate cazurile comparativ cu datele inițiale.

Tabelul 2.

Influența substanței HPT – 49 asupra microcirculației mezoependicelui la șobolani și modificările nivelului tensiunii arteriale (M±m)

Obiectul de studiu	Numărul de exp. (n)	Inițial	După administrarea i/v a substanței HPT- 49 în doză de 2mg/kg (în min)			
			2'	15'	30'	60'
Arteriole	de ordin II	32,6±0,55	40,6±0,94 <0,001	40,6±0,94 <0,001	40,9±10,3 <0,001	41,1 ±10,9 <0,001
	de ordin III	21,7±0,37	29,4±0,75 <0,001	29,4±0,85 <0,001	28,9±0,97 <0,001	28,7±0,91 <0,001
Metarteriole	10	11,9±0,56	15,1±0,64 <0,001	15,6±0,38 <0,001	15,6±0,55 <0,001	15,6±0,55 <0,001
Venule	10	40,4±1,26	40,4±1,26	40,4±1,26	40,4±1,26	40,4±1,26
Numărul de capilare funcționale	9	9,8±0,37	13,4±0,59 <0,001	13,2±0,63 <0,001	14,5±0,47 <0,001	14,7±0,44 <0,001
TA, mm Hg	9	103,8±7,1	86,6±2,2 <0,001	86,1±3,2 <0,001	77,2±3,5 <0,001	68,8±4,4 <0,001

Notă: P – veridicitatea devierilor în toate cazurile comparativ cu datele inițiale.

influenței substanței HPT-49 asupra microcirculației după administrarea intravenoasă în doza de 2 mg/kg pe o durată de 60 minute. S-a constatat majorarea diametrului arteriolelor de ordinul II și III, metarteriolelor, precum și a numărului de capilare funcționale (tab. 2). Aceste modificări aveau loc pe fondalul micșorării semnificative a TA deja peste 2 minute de la injectarea intravenoasă cu intensificarea efectului către sfârșitul primei ore (tab. 2). Aceasta ne relevă, că reducerea TA este determinată de o arteriodilatație marcată stabilă cu păstrarea intactă funcțională a sectorului venos.

Concluzie: Substanța HPT-49 în ambele loturi de șobolani intensifică microcirculația mezoapendicelui prin vasodilatația arterială, fără a manifesta fenomenul de tahifilaxie.

Putem constata, că influența benefică asupra acestor vase este de ordin humoral; datorită

stimulării NO sintetazei (NOS) se acumulează NO (factor endotelial de relaxare) care și duce la ameliorarea microcirculației.

Aceasta ne sugerează ideea, că NOS este prezentă doar în patul arterial, deoarece nici derivatul izitioueric izoturon cu proprietăți vasoconstrictoare nu modifică diametrul venulelor (V.Ghicavii, 1971).

Bibliografie

1. Гедеванешвили И.Д., Бегиашвили Т.В.- Нейрогуморальная регуляция кровообращения в периферических артериях и артерио-венозных анастомозах. // В кн: "Вопросы физиологии и патологии сосудистого тонуса". Киев, 1961, 106-112.

2. Гикавый В.И.- Влияния этирона, гексония и их комбинации на микроциркуляцию. // Дисертация кандидата медицинских наук, Кишинёв-Ленинград 1971, стр.153-190.

3. Храброва О.П., Ершова И.Н. - Микроциркуляция и реактивность терминальных сосудов при травматическом шоке. // Патол., физиол. и эксп. тер. 1969, 2, 48-49.

A. Crețu, A. Testemițanu, M. Eftodi

EXPERIENȚA MONITORIZĂRII AMBULATORII A TENSIUNII ARTERIALE

It is represented the experience of blood pressure monitoring in the Republican Medical Diagnostic Center. There are shown some indications for arterial blood pressure monitoring. There have been monitored more than 500 patients. There are shown short profile properties for different patients.

Key words: blood pressure, arterial blood pressure

Monitorizarea ambulatorie a tensiunii arteriale (MATA) a evoluat în ultimele decenii de la o metodă limitată la laboratoarele specializate, într-un instrument folosit pe larg în selectarea pacienților, determinarea riscului complicațiilor cardiovasculară și elaborarea conduitei de tratament.

Succesele în determinarea patogenezei hipertensiunii arteriale și implementarea preparatelor antihipertensive noi permit de a controla mai efectiv nivelul TA la pacienți. Determinării eficacității tratamentului, a variabilității valorilor TA în timpul zilei și a nopții îi revine un rol tot mai important.

Apariția metodelor de măsurare neinvazivă a TA datează cu sfârșitul secolului 19. În 1876 E. Marey propune metoda oscilometrică, 1905 - Korotcov descoperă fenomenele acustice la decompresia arterei brahiale care sunt la baza procedurii auscultativ de determinare a tensiunii arteriale folosit până în prezent.

Chiar de la început a fost observată variabilitatea TA în timpul diferitor activități și a somnului, însă datorită problemelor de ordin tehnic monitorizarea ambulatorie a tensiunii arteriale începe să fie folosită în practica medicală curentă abea în zilele noastre.

Folosirea MATA implică atât factori de natură tehnică, cât și factori strict medicali.

Factorii tehnici țin de particularitățile metodelor de determinare a tensiunii arteriale (oscilometrică sau auscultativă), algoritmi de lucru a utilajului, eliminarea erorilor și validarea rezultatelor. În general sunt folosite monitoare de 2 tipuri – auscultative și oscilometrice. Monitoarele auscultative sunt mai protejate de erori în cazul mișcării pacientului. Dezavantajele lor fiind sensibilitatea la poziția microfonului pe parcursul monitorizării, interferența cu zgomotele ambiante. Monitoarele oscilometrice nu au aceste dezavantaje, în schimb sunt sensibile la mișcarea

pacienților. Ambele tipuri de monitoare sunt acceptate și recomandate pentru folosire, cu toate acestea, algoritmul automatizat nu permite determinarea precisă a TA în cazul dereglărilor de ritm.

De obicei protocolul MATA timp de 24 ore prevede determinarea TA la intervale prestabilite de timp, 15- 20 minute ziua, 20-30 minute noaptea, pacientul fiind instruit să-și noteze activitățile într-un zilnic special.

Aplicațiile clinice ale MATA expuse în ghidurile existente, și includ următoarele situații:

- Eliminarea hiperdiagnosticului – suspjecție de „hipertensiune a halatului alb”
- Eliminarea hipodiagnosticului – variabilitatea sporită a TA, majorări episodice (inclusiv nocturne) a TA, deteriorarea profilului diurn a TA
- Precizarea datelor – formele de hipertensiune arteriala labilă („moale”)

- Terapia hipertensiunii arteriale – controlul eficacității tratamentului, controlul efectelor adverse, corecția selectivă a componentelor profilului diurn a TA.

În Centrul Republican de Diagnosticare Medicală sunt utilizate pentru MATA aparate de tip oscilometric, care sunt programate individual pentru fiecare pacient și asigură determinarea TA la intervale alese pe perioada de veghe (ziua), în timpul somnului (noaptea) și în intervalul indicat de pacient sau de medic ca „interval critic”.

În total din octombrie 2002 pînă în august 2003 au fost investigați 509 pacienți, 361 bărbați și 148 femei cu vîrstele cuprinse între 12 și 72 ani, vîrsta medie fiind 47,9 ani. Majoritatea pacienților au fost îndreptați la investigare din instituțiile specializate (dispensarul de cardiologie, clinica de cardiologie).

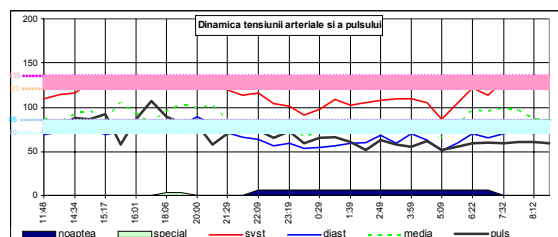
Fiecărui pacient pe durata investigației i-au fost efectuate în mediu 69,2 măsurări ale TA, 40,5 (58,5%) din ele fiind valide. De remarcă, că procentul de măsurări valide spre sfîrșitul perioadei reflectate este mai mare, ceea ce se datorează acumulării experienței și eliminării unor artefacte tehnice.

Tipurile de profiluri înregistrate corespund tipurilor descrise de alți autori.

Curba normală a tensiunii arteriale este caracterizată de valori ale TA ce nu depășesc limitele 135/85 ziua și au o diminuare clară a valorilor TA noaptea.

Figura 1.

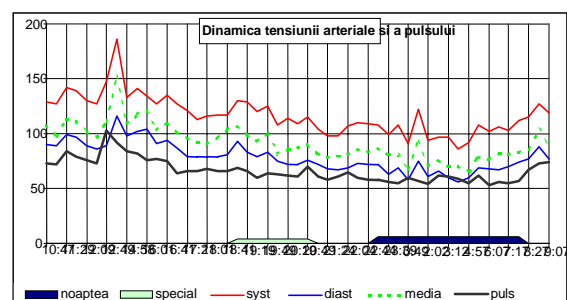
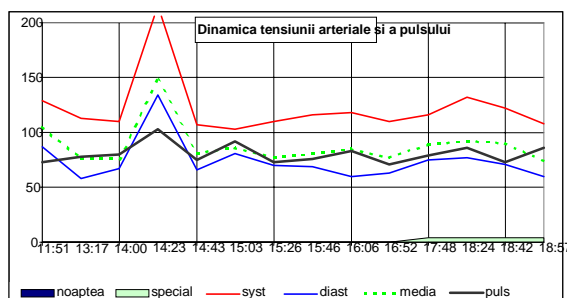
Curba normală a tensiunii arteriale



Hipertensiunea la halatul alb. În cazurile înregistrate de noi profilul tensiunii arteriale este caracterizat prin valori normale sau uneori scăzute pe parcursul întregii perioade de monitorizare, întrerupte de scurte episoade de majorare brusca a valorilor TA care, corespund în timp cu examenul medicului.

Figura 2.

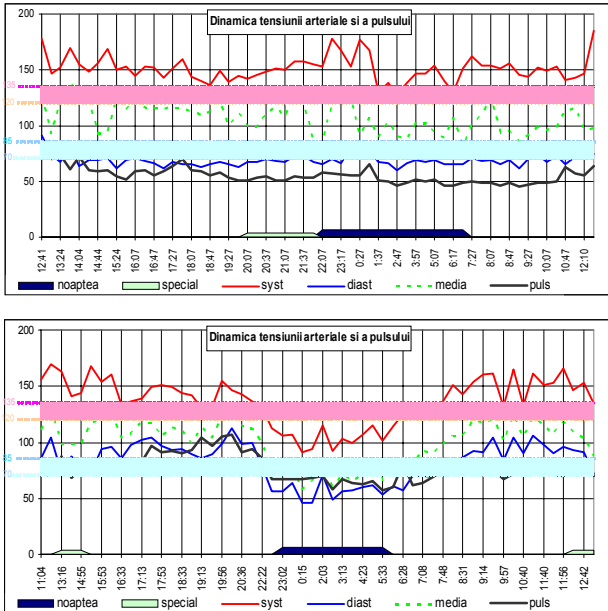
Curba tensiunii arteriale în “hipertensiunea halatului alb”



Semne clare de “hipertensiune a halatului alb” au fost înregistrate în 5 cazuri (0,98%). Valorile mai mici ca cele descrise de unii autori: 15% -35%, după părerea noastră sunt cauzate de selectarea riguroasă a pacienților pentru investigare, mulți din ei avînd un stagiul îndelungat de hipertensiune.

La pacienții hipertensivi se înregistrează curbe care se deosebesc prin dinamica TA pe timpul nopții: cu scăderea evidentă a valorilor TA și fara scăderea valorilor TA.

Figura 3.
*Sus - curba fără diminuarea tensiunii arteriale
noaptea, jos – curba cu diminuare evidentă a
tensiunii arteriale pe timpul nopții.*



Riscul apariției diferitor complicații este mai înalt la pacienții fără diminuare a tensiunii arteriale pe timpul nopții.

Utilizarea pe scară largă a MATA este reținută de unele bariere.

Dificultățile de interpretare a rezultatelor, lipsa criteriilor clare de definire a rezultatelor "normale"

de cele "anormale" sunt datorate faptului că atât la normotensivi cât și la hipertensivi la monitorizare, de regulă se înregistrează valori mai mici a TA ca în cazul vizitei în oficiul medicului. Din această cauză rezultatele monitorizării nu pot fi contrapuse măsurărilor "din oficiu". Pe de altă parte măsurările episodice de către personalul medical nu pot fi efectuate în timpul somnului sau activităților diurne. Studiile cost-eficacității acestei metode pe termen mediu și lung au demonstrat utilitatea ei. Și în Europa și SUA MATA începe să fie inclusă în lista serviciilor medicale susținute de companiile de asigurări medicale.

Bibliografie:

1. Staessen JA, Thijs L, Fagard R, O'Brien ET, Clement D, de Leeuw PW, et al. Predicting cardiovascular risk using conventional vs ambulatory blood pressure in older patients with systolic hypertension: Systolic Hypertension in Europe Trial Investigators. JAMA 1999; 282: 539-546.
2. Krakoff LR. Ambulatory blood pressure monitoring can improve cost-effective management of hypertension. Am J Hypertens 1993; 6: 220S-224S.
3. Michael E. Ernst, Phar M.D., George R. Bergus. Ambulatory Blood Pressure Monitoring, South Med J 96(6): 563-568.
4. Рогоза А.Н., Никольский В.П., Ощепкова Е.В., Епифанова О.Н., Рунихина Н.К., Дмитриев В.В. Суточное мониторирование артериального давления при гипертонии, М., 2000.

Profesorul universitar Vasile Bairac – la 50 de ani

*De vorbă cu Vasile Bairac, doctor habilitat în medicină,
Director Departament Ultrasonografie, Institutul Oncologic*

Sănătatea — comoara națiunii noastre

Născut într-un sat pitoresc de la nordul Moldovei, Gârbova, raionul Ocnița, într-o familie de țărani gospodari, la 24 august 1953.

Relatați-ne, Vă rog, despre etapele Dvs de studii.

Am început la școala medie s. Climăuți, raionul Dondușeni, (1970), a urmat USMF "N. Testemițanu" (1976), aspirant, Institutul Central de Cercetări Științifice în domeniul Rentghenologiei și Radiologiei (1979 – 1983), Leningrad. Teza de doctor în medicină: "Рентгенологическая картина патологических изменений в легких при различных положениях тела исследуемого" (Leningrad, 1983). Doctorant: Academia de Științe Medicale în domeniul Rentghenologiei și Radiologiei (1989 – 1993), Sankt-Petersburg. Teza de doctor habilitat: "Лучевая дифференциальная диагностика респираторного-дистресс синдрома легких у взрослых (клинико-экспериментальное исследование)", (Sankt-Petersburg, 1993).

Și cursurile universitare?

Universitatea Pedagogică din Bălți "A. Russo" (1976-1979); Academia Medico-Militară "S. M. Kirov" (Sankt-Petersburg, 1979-1983); USMF "N. Testemițanu" (1983-1989); Universitatea de Perfecționare a Medicilor din Sankt-Petersburg (1989-1993); USMF "N. Testemițanu" (1993-1994), ULIM – sef catedră Imagistică (1994-2002).

Metode științifice elaborate, invenții, brevete de invenții: специальная носилка для рентгенологического исследования тяжело больных. (Brevet de invenție nr. 1759 din 20 noiembrie 1987); Устройство для рентгенологического исследования тяжело больных (brevet de invenție nr. 2176 din 29 noiembrie 1987); Способ применения кислородной подушки для рентгенологического исследования легких у больных (brevet de invenție nr. 2147 din 14 noiembrie 1989); Способ определения времени линейного кровотока у больных с отеком легких (brevet de invenție nr. 1055 din 23 iunie 1990).

Dle Bairac, care este domeniul științific al activității Dvs?

De pe timpurile când eram elev, mai apoi student, eram pasionat de fizică și de metodele imagistice de diagnostic. Așa mi-am ales activitatea profesională și științifică — radioimagistica medicală.

Am publicat peste 100 de lucrări științifice. Monografii – 2. Articole – 33. Broșuri – 70. Lucrări științifico-didactice – 12. Numărul lucrărilor publicate: în ziare – 12, în reviste de publicistică – 13. Paralel cu obligațiile de bază, continui lucrul științific și de publicare a investigațiilor științifice. Printre ele pot enumera: „Влияние гравитации на рентгенологическое изображение легких” (Chișinău, 1989); „Рентгенодиагностика отека легких” (în colaborare, Chișinău. 1992); „Неинвазивное

определение сократимости миокарда” (Analele științifice ULIM, 1998, nr.2 (în colaborare); „Redistribution of the pulmonary blood flow in pneumonic patients under influence of gravitation” (Fortschritte Rontgenstrahlen, 1982, Bd, 136, n.6 (în colaborare).

Cunoaștem că implicațiile Dvs în domeniul didactic sunt fructuoase...

La început am activat ca asistent universitar. În 1994 am devenit conferențiar universitar, iar în 1995 mi s-a acordat titlul de profesor universitar a școlii superioare.

Cum a fost procesul de afirmare al Dvs ca medic practic?

La început am fost medic imagist, ulterior șef secție Radiologie, Spitalul Republican de Psihiatrie nr. 5, or. Bălți (1977-1979); șef secție Radiologie, Spitalul Republican de Traumatologie și Ortopedie, or. Chișinău (1985-1989); șef secție Radiologie și Ultrasonografie, Spitalul de Copii nr. 3 "V. Ignatenco", or. Chișinău (1993-1995). Director Departament Ultrasonografie Institutul Oncologic (2002 - prezent).

Membrul al Consiliului științific specializat de susținere a tezelor de doctorat: Institutul Oncologic (Chișinău), expert al Centrului de medicină legală al MOS RM, membrul cărmuirii Asociației medicilor radioimagiști, membrul Asociației Tehnice și Tehnico-Medicale (ATTM), membrul colegiului de redacție a revistei practico-științifice "Info-Med". Conducător de doctorat – 2. Referent (oponent) al tezelor de doctorat – 5.

Cu siguranță participați la Congrese și simpozioane internaționale?

Invitații avem multe, mai ales din țările CSI, dar și din Europa. Avem problema asigurării financiare. Am avut ocazia să particip la forumuri internaționale în Rusia (1979, 1995), în Germania (1995), în România (1994 și 2002). Anul trecut am participat la Congresul Imagiștilor din Austria.

În funcție de situația socio-economică din țară cum vedeți Dvs procesul de dezvoltare a medicinei naționale?

Consider că trebuie să continuăm reformele. Sănătatea este o comoară a națiunii noastre și toți trebuie s-o ocrotim — cetățeanul, colectivitatea, patronatul, autoritățile locale, desigur, medicii. Un rol deosebit trebuie să aparțină statului.

Cu ocazia acestui frumos jubileu Vă dorim sănătate, bucurii, succese în atingerea noilor realizări profesionale.

*A intervievat
Gh. IGNAT*



IN MEMORIAM**EFIM ALEXEEVICI MUHIN -
FARMACOLOG REMARCABIL AL SECOLULUI XX****(la 85 ani de la naștere)**

Anul acesta se împlinesc 85 ani de la nașterea remarcabilului savant, talentatului organizator al științei, personalitate de un mare farmec - Efim Alexeevici Muhin. Domnia sa a fost foarte mult pasionat de farmacologie, căreia ia consacrat toată viața sa pregnantă și activă. E.A.Muhin a fost la infinit fidel științei. El s-a evidențiat prin interese științifice de o amploare neobișnuită și capacitate uimitoare de a percepe și înfăptui în viață tot ce e nou și progresiv. Numelui Efim Alexeevici îi sunt caracteristice implimentarea unor domenii științifice farmacologice importante, crearea școlii științifice, fondarea societății științifice republicane a farmacologilor și multe alte realizări.

Efim Alexeevici Muhin s-a născut la 28 decembrie 1918 în satul Ciulcovo, raionul Belozersc, regiunea Vologda, într-o familie de intelectuali. La îndrumarea și sfatul părinților Efim Alexeevici Muhin susține cu succes examenele de admitere (a.1937) la studiile medicale superioare în Academia Medicală Militară "S.M.Kirov". Învăță în această instituție numai patru ani, deoarece intervin marile cataclisme istorice, anii grei de război. În septembrie 1941 este eliberat înainte de termen din Academie și trimis în calitate de medic în rândurile armatei. În anii de război a activat în diverse posturi medicale în divizia de pușcași nr. 177 pe fronturile Leningrad și Volhov.

În 1947 Efim Alexeevici Muhin a absolvit cu mențiune Academia Medicală Militară "S. M. Kirov", fiind angajat în această instituție ca lucrător științific. În anii 1948-1951 își face studiile în adiunctură la catedra farmacologie. Aici, alături de colegii săi, a savurat lumina cărții, a visat, a cutezat, a împărțit cu ei nu numai bucuriile, dar și necazurile perioadelor de tranziție

sau de stabilitate, pe care le-au parcurs ca niște prieteni de-o viață.

Includerea din primele zile ale adiuncturii la farmacologie în lucrul didactico-științific E. A. Muhin, dinamiza procesul didactic, făcându-l pe tânărul învățacel în ale farmacologiei, să pătrundă în tainele farmacodinamiei și farmacocineticii, să se documenteze în privința numărului enorm de medicamente, să stabilească mecanismele de acțiune ce stau la baza efectelor lor, să evite erorile în utilizarea acestora, severitatea și ținuta științifică a profesorului fiind de a dreptul proverbială.

În acest timp au fost remarcate și aptitudinile didactice ale lui E. A. Muhin, pentru care el este încadrat în procesul instruirii. Efim Muhin a activat ca lector inferior (1951-1953), lector superior (1953-1956) și conferențiar (1956-1968) al catedrei farmacologie. Ultima perioadă a conferențiarului E. A. Muhin include și cei 2 ani (1959-1960), când a îndeplinit funcția de șef al catedrei farmacologie a Academiei Medicale Militare.

Domnia sa este discipolul (ucenicul) marelui savant farmacolog, profesorului A. I. Cuznețov, considerat ca originar și continuitor al școlii științifice farmacologice prestigioase a lui N. P. Cravcov, fondatorul farmacologiei ruse. Anume profesorul A. I. Cuznețov, savant cu renume mondial, a fost acela, care i-a insuflat tânărului E. Muhin dragostea față de știință, el însuși, manifestând un adevărat cult față de rigoarea cercetărilor în farmacologia de vârf, care se formase în prima jumătate a secolului XX, sub îndrumarea savanților farmacologiei ruse: S. V. Anicicov, V. V. Zacusov, M. D. Mașcovschii, A. Cerches, A. V. Valdman etc.

Prima perioadă de activitate științifică

E. A. Muhin și-a petrecut-o la catedra farmacologie a Academiei Medicale Militare din Sanct-Peterburg. Din acel moment - toată viața sa a fost consacrată studiului problemelor actuale ale farmacologiei.

În 1952 E. A. Muhin susține teza de doctor în științe medicale la tema "Caracteristica farmacologică a dihidrosferofizinei", iar în 1967 cea de doctor habilitat la tema "Materiale în farmacologia derivaților izotioureici".

În 1968 Efim A. Muhin este invitat de conducerea Institutului de Stat de Medicină din Chișinău pentru a activa în cadrul catedrei farmacologie. În același an (1968) a fost ales prin concurs șef al catedrei farmacologie a ISMC.

E. A. Muhin - specialist cu un grad de calificare, cu o experiență mare și spirit înalt de organizare a activității educațional - instructive și științifice.

În 1970 la Institutul de medicină din Chișinău, după 2 ani de activitate, i se conferă titlul științifico-didactic de profesor universitar.

Ca savant, Efim Alexeevici Muhin, este un bun organizator al științei și cercetărilor științifice. Odată cu venirea sa la Chișinău a fost pus începutul cercetărilor științifice sistematice. Domeniul cercetărilor din cele două teze pe care le-a susținut au promovat în mare parte direcțiile prioritare ale școlii farmacologice din Chișinău sub conducerea profesorului E. Muhin. Pe parcursul a două decenii desfășoară aici, la Chișinău, o activitate pedagogică și științifică rodnică. Anume aici și-a manifestat capacitățile sale excepționale organizatorice și sentimentul exclusiv nou în știință.

Principalele interese științifice ale profesorului Efim Alexeevici Muhin s-au concentrat asupra domeniilor de studiere a așa probleme actuale cum sunt: medicația sistemului cardio-vascular, a preparatelor radioprotectoare, precum și a preparatelor ce reduc acțiunea toxică a oxigenului sub presiune, locul terapiei hiperbare în asociere cu remediile medicamentoase în tratamentul diferitor maladii și intoxicații.

Anume în elaborarea medicamentelor noi E.

A. Muhin vedea una din principalele sarcini ale farmacologiei, deoarece prin aceasta se manifestă legătura științei fundamentale cu practica și se realizează asistența reală a ocrotirii sănătății. E cunoscut, că studiul dependenței efectului farmacologic de structura chimică și proprietățile fizico-chimice ale substanțelor biologice active are o importanță semnificativă pentru elaborarea substanțelor farmacologice noi.

Astfel de cercetări au și obținut ce-a mai largă dezvoltare (evaluare) în cadrul catedrei farmacologie a Institutului de Medicină din Chișinău, unde grație efortului lui E. A. Muhin a și fost fondată baza necesară și organizat colectivul de cercetători, care cu mare entuziasm activau în domeniile respective.

Astfel, pe parcursul celor două decenii, Efim Alexeevici fondează o nouă direcție științifică - farmacologia hiperbară și consolidând în jurul său un grup mare de tinere talente, pune bazele școlii sale științifice, care studiază problemele interacțiunii preparatelor medicamentoase cu oxigenul hiperbar și ale profilaxiei intoxicației cu oxigen.

Lucrările acestui domeniu au obținut o popularitate mare atât în țară, cât și peste hotarele ei, care de nenumărate ori au fost prezentate la Conferințe Unionale și Congrese internaționale consacrate terapiei hiperbare.

Trei monografiile consacrate acestui domeniu au fost remarcate ca valoare deosebită de marii savanți ai lumii, cum ar fi unul din ei academicianul rus S. Efuni (citez): "Monografiile profesorului universitar E.A. Muhin au contribuit la formarea unei direcții, unui capitol nou în farmacologia hiperbară experimentală".

O altă direcție de cercetări științifice, nu mai puțin valoroasă și, care s-a încununat cu rezultate frumoase, este consacrată farmacologiei sistemului cardio-vascular, și îndeosebi a remediilor antihipotensive, care se relevă prin susținerea a 3 teze de doctor și 2 de doctor habilitat în științe medicale, cu elaborarea unui nou medicament antihipotenziv - Izoturon, înregistrat și autorizat pentru utilizare în practica medicală în 1993 în Moldova, iar în 1996 în

Rusia. Acest fapt a fost mult așteptat și destul de îmbucurător pentru adevăratul farmacolog, profesorul universitar E.A.Muhin.

E de menționat și faptul, că studiile efectuate în domeniul științei, sub conducerea lui Efim Muhin, sunt soldate cu ieșirea de sub tipar a următoarelor monografii: “Очерки гипербарической фармакологии”, “Гипербарическая фармакология”, “Кислород под повышенным давлением и гормоны”, “Гипертензивные средства”, “Фармакология гипертензивных средств”, precum și a unor culegeri de materiale științifice ca “ Фармакология амидиновых соединений”, “Повышение резистентности организма к экстремальным воздействиям” etc.

Sub conducerea lui Efim Alexeevici au fost efectuate și susținute cu succes 14 teze de doctor și 4 teze de doctor habilitat în științe medicale. E.A.Muhin a fondat școala sa științifică. Discipolii săi conduc astăzi activitatea altor catedre și laboratoare farmacologice. Domnia sa este promovatorul a mai multor invenții de valoare în domeniul farmacologiei.

Multă energie a depus E. A. Muhin la consolidarea prestigiului farmacologiei naționale în știința mondială. Profesorul E. A. Muhin și discipolii săi au participat la 2 congrese internaționale cu tema “Oxygenarea hiperbară” (Aberdin, 1977; Moscova, 1981) și la 4 congrese ale farmacologilor din fosta URSS (1971, 1976, 1982, 1988). Sub egida Domniei sale în acest răstimp la Chișinău își țin lucrările un șir de conferințe, simpozioane, plenare și congrese, printre care “Стресс и его патогенетические механизмы”, plenara Cîrmuirii Societății Unionale științifice a farmacologilor (1974), plenara Cîrmuirii Comisiei Unionale de problemă “Fiziologia circulației sanguine” (1983), etc.

Pentru lucrările științifice valoroase în domeniul medicinei și participare activă în viața medicală lui Efim Alexeevici Muhin în 1975 i s-a conferit titlul onorific de Om emerit în știință din RSSM. El a fost decorat (1978) cu medalia comemorativă în numele fondatorului farmacologiei ruse N. P. Cravcov.

E.A.Muhin este fondatorul și primul președinte al Societății științifice a farmacologilor din Republica Moldova, totodată a fost și membru al Cîrmuirii Societății științifice Unionale a farmacologilor.

Efim Alexeevici Muhin a depus o mare muncă pedagogică. Din primii ani de lucru la noi în institut, Dumnealui a optat pentru editarea literaturii didactice în limba națională, personal căuta să învețe limba și să respecte tradițiile poporului moldav.

Ca metodist de înaltă valoare E. A. Muhin acorda multă muncă, timp și voință pentru perfecționarea, integrarea, unificarea și profilizarea procesului didactic la facultate și catedră. Ca un pedagog destul de erudit, mereu era la curent cu performanțele noi în farmacologie, a anumitor discipline medicale și pedagogiei școlii superioare. Un lector bun și destul de exigent, exigent dar fără șicane. Mereu era preocupat de cultivarea și instruirea selectă a specialiștilor în farmacologie. Distinsul pedagog Efim Muhin a elaborat, ca autor sau coautor, 3 manuale pentru uzul studenților și cursanților, a publicat peste 180 de lucrări științifice în revistele internaționale și republicane, materiale în ediții de peste hotare și din țară, comunicări rezumative la simpozioane și congrese internaționale, inclusiv 6 monografii, 4 îndreptare pentru preparatele medicamentoase și 7 culegeri de indicații metodice.

Printre cele mai valoroase lucrări didactice pot fi menționate: manualul “Фармакология” (2 ediții) pentru cursanții Academiei Medicale - Militare, manual cu succes folosit și de studenții institutului nostru în perioada respectivă; “Фармакология с рецептурой”, “Пестициды”, “Антибиотики”, “Практикум la farmacologie”, “Фармакология средств с преимущественным действием на обмен веществ и противомикробных препаратов”, “Справочник участкового терапевта по фармакотерапии” etc.

În baza unui set de lucrări didactice, editate împreună cu discipolul său și alți colegi de breaslă din Chișinău și Sanct-Peterburg, cu

susținerea conducerii USMF “N.Testemițanu”, personal a D-lui rector, profesorului universitar I.Ababii, Consiliului științific al Universității și altor colegi, Efim Alexeevici Muhin a devenit în 1996 Laureat al Premiului de Stat al RM.

Timp de mai mulți ani profesorul E. A. Muhin a activat și pe tărâm obștesc, fiind decan al facultății de farmacie (1970) și medicină generală (1970-1986) a ISMC, bucurându-se de o autoritate impresionantă în rândurile profesorilor și studenților, manifestând profundă atenție pentru năzuințele studenților, apărând în fața lor drept un model de intelectual veritabil. Trăsătura caracteristică a veteranului a fost dragostea pentru tineret. El prețuia în mod deosebit studenții stăruitori și studenții îi răspundeau cu reciprocitate.

Activitatea științifico-didactică și obștească a profesorului universitar E. A. Muhin a fost înalt apreciată. Pentru participarea și munca sa depusă în anii războiului, activitatea sa multilaterală și rodnică postbelică, E. A. Muhin este decorat cu 2 ordine “Красная Звезда”, ordinul “Отечественной войны” gradul II și 9 medalii, diploma de onoare a Prezidiului Sovietului Suprem al RSSM, diplome și distincții Ministeriale și universitare.

Efim Alexeevici Muhin a fost un om foarte principial, cinstit și sincer, care totdeauna a pus pe primul plan interesele cauzei. El a fost foarte exigent față de sine și colaboratorii săi. Totodată el a fost un prieten devotat și dascăl foarte atent, niciodată n-a lăsat la nevoie prietenii și discipolii săi.

În legătură cu plecarea la odihna binemeritată, E. A. Muhin depune cererea de eliberare din posturile de decan (1986) și șef al catedrei (1988) cu întoarcerea sa la Sanct-Peterburg.

Fiind un Om de o bărbăție excepțională Efim Alexeevici Muhin, necătând la starea sănătății slăbite, a continuat activ să muncească și mereu a păstrat specific lui optimismul și bunăvoința (bucuria de a trăi).

Efim Alexeevici Muhin a decedat la 26 noiembrie 1999 la Sanct-Peterburg.

Relațiile și legăturile științifice și profesionale, întemeiate de profesorul E. A. Muhin, stilul de muncă, spiritul intelectual, devotamentul și profesionalismul Domniei sale mereu vor sta la temelie activității acelor discipoli și prieteni care-i continuă ideile pe tărâmul științific și pedagogic.

Numele profesorului Efim Alexeevici Muhin va rămâne în memoria numeroșilor discipoli, colegi și prieteni, tuturora celor ce l-au cunoscut și cu care a activat ca o personalitate de o înțelepciune înaltă, mărinimie și bunătate deosebită, devotament și responsabilitate exemplară.

***Profesor universitar,
Laureat al Premiului de Stat,
Om emerit, d.h.ș.m.
V. GHICAVÎI***

CERINȚELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR

Format A4, Times New Roman 14, Word 2000, două intervale, cîmpul de 2,5cm.

1. FOAIA DE TITLU este necesar să includă prenumele, numele, gradul științific al autorului, instituția ce prezintă lucrarea, adresa, numărul de telefon și adresa electronică.

2. ARTICOLELE ȘTIINȚIFICE (în volum de pînă la 15 pagini) vor fi structurate în funcție de schema standart: introducere, materiale și metode, rezultatele studiului, discuții, concluzii și recomandări. Publicațiile de reviu și cele farmaceutice nu vor depăși ca volum 20 de pagini și 50 de referințe.

3. REFERATELE (în volum de pînă la 200 cuvinte) se prezintă în limba originalului și, de asemenea, în engleză, și trebuie să includă 3-6 cuvinte-cheie, la final.

4. TABELELE se prezintă pe foi separate, la două intervale, numerotate prin cifre romane, legenda fiind plasată la baza tabelului.

5. DESENELE. Pe verso pozei se indică numărul de ordine, denumirea articolului și numele autorului. Legendele desenelor se prezintă pe foi separate în conformitate cu numărul pozelor.

6. BIBLIOGRAFIA se prezintă pe foi separate, în ordinea referințelor din text, la două intervale.

- Lucrările propuse pentru tipar se prezintă în trei exemplare.

- Pe dischetă anexată se indică datele despre autor, denumirea articolului și a fișierelor.

- Materialele prezentate spre publicare urmează să fie însoțite de o scrisoare de motivare a autorului responsabil, care vine să confirme acordul tuturor semnătarilor asupra conținutului și a caracterului inovator al publicației.

- Publicațiile vor fi prezentate pe numele redactorului șef, prof. Ion Mereuță.

ADRESA: MD 2025, Chișinău, str. Testemițanu, 30, Institutul Oncologic din Moldova,

Clinica oncologie-microchirurgie, et.3

prof. Ion Mereuță, fax: 73.33.27, e-mail: mereutaion@yahoo.com.

ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ ПОДАЧИ РУКОПИСЕЙ

Формат А4, Times New Roman 14, Word 2000, 2 интервала, поля по 2,5 см.

1. ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ должен включать фамилию, имя, степени и звания автора, название учреждения, из которого работа выходит, адрес, номер телефона и электронный адрес.

2. НАУЧНЫЕ СТАТЬИ (до 15 страниц) должны включать: введение, материалы и методы, результаты, обсуждения, выводы и рекомендации. Обзорные и фармакологические статьи не превысят 20 страниц и 50 источников.

3. РЕФЕРАТЫ (до 150-200 слов) представляются на языке оригинала и на английском языке. В конце рефератов приводятся ключевые слова, от 3 до 6.

4. ТАБЛИЦЫ подаются на отдельных листах, через 2 интервала, обозначены римскими цифрами, с пояснениями снизу.

5. РИСУНКИ. На оборотной стороне фотографии указывается порядковый номер, название статьи, фамилию автора.

Пояснения к фотографиям приводятся на отдельных листах, в соответствии с номером.

6. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ приводят на отдельных листах, в соответствии с ссылками в тексте.

- Рукописи приводятся в трех экземплярах.

- На представленной дискете указывается имя автора, название статьи и файлов.

- Рукописи подаются с сопровождающим письмом от имени ответственного автора, которое содержит подтверждение о согласии всех авторов с содержанием и о первичном опубликовании материала.

- Рукописи подаются на имя главного редактора, профессора И. Мереуца.

АДРЕС: MD 2025, Кишинев, ул. Тестемицану, 30, Онкологический Институт Республики Молдова,

Клиника онкологии и микрохирургии, эт.3

профессор Ион Мереуца, fax: 73.33.27, e-mail: mereutaion@yahoo.com.

PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS

Printing standards: A4, printing-type 14 Times New Roman, Word 2000, double line spacing, 2,5cm margins.

1. THE COVER PAGE should include the author's name and scientific degrees, name of the institution presenting the paper, address, telephone number and E-mail.

2. THE SCIENTIFIC ARTICLES (up to 15 pages) should be structured according to the standard scheme: - introduction, materials and methods, results of the survey, discussions, conclusions and recommendations. Review papers and pharmacy articles should not exceed 20 pages and 50 references.

3. EXECUTIVE SUMMARY (up to 200 words) should be in the original language and English and should include 3 to 6 key words in the end.

4. TABLES should be presented on separate sheets with double line spacing and Roman numerals numbering; the legend should be placed at the foot of the table.

5. FIGURES. The back of each photograph should have a label showing the number, the title of the article and the author's name. Figure legends should be presented on separate sheets in accordance with the number of figures.

6. REFERENCES are listed on separate pages, as they appear in the text, with double line spacing.

- Three copies of the papers proposed for publication should be submitted;

- The floppy disk attached should contain data about the author, title of the article and files;

- Materials proposed for publication should be accompanied by the author's letter of intent confirming the approval of the signatories on the content and the innovative character of the publication.

- Manuscripts should be sent to Professor Ion Mereuta:

ADDRESS: Moldovan Oncology Institute, Oncology-Microsurgery Clinics,

30 Testemitanu Street, Chisinau, MD 2025

email: mereutaion@yahoo.com.

Articolele vor fi publicate numai după recenziile specialiștilor de notorietate.