

Curier medical

MEDICAL COURIER *** МЕДИЦИНСКИЙ КУРЬЕР

Revista societăților medicale din Republica Moldova
Publicație științifico-practică, fondată în 1958

The Journal of Medical Societies of Moldova
Scientific-practical publication founded in 1958



Журнал медицинских обществ Молдовы
Научно-практическое издание, основанное в 1958 г.

Centrul stomatologic **MEDDENT** Vă informează

NR.2,
2003



Consultații stomatologice (gratis).

Servicii stomatologice complete cu utilizarea celor mai moderne materiale
(USA, Germania, Franța, Italia, Suedia, Japonia, și altele).

Tratament și protezare după metode moderne cu aplicarea anesteziei.

Acordarea serviciilor în timp minimal.

Prețuri accesibile.

Квалифицированная стоматологическая консультация (бесплатно).

Всесторонняя стоматологическая помощь с использованием новейших
импортных материалов

(США, Германия, Франция, Италия, Швейцария, Япония, и др).

Лечение и протезирование по новейшим методам с использованием
обезболивания.

Выполнение работ в минимальные сроки.

Доступные цены.

Adresa noastră: Toma Ciorbă 9. Tel. 21 04 07.

**COLEGIUL DE EDITORIAL
REDACȚIE BOARD**

Redactor șef Editor-in-Chief
Topor Boris

Membrii Members

Ababii Ion, Bahnarel Ion, Ghidirim Gheorghe

Redactor executiv Executive editor
Moraru Corina

Secretar Secretary
Calistru Anatol

Membri de onoare Emeritus members
Negrescu Vasile, Groppa Stanislav

English Consultant
Russell Patrick

**CONSILIUL DE
REDACȚIE**

Andriuța Constantin
Bețișor Vitalie
Botnaru Victor
Corcimaru Ion
Ețco Constantin
Gavriliuc Mihai
Gherman Andrei
Gladun Eugen
Grosu Aurel
Gudumac Eva
Hotineanu Vladimir
Magdei Mihai

**EDITORIAL
COUNCIL**

Parii Boris
Pîrgaru Boris
Popovici Mihai
Procopișin Vasile
Sofronie Dumitru
Șcerbatiuc Dumitru
Tintiuc Dumitru
Țâmbalari Gheorghe
Țârdea Teodor
Țurcanu Gheorghe
Vovc Victor

CUPRINS

Felicitarea Ministrului Sănătății. 4

EDITORIAL

A. Gherman
Asigurările obligatorii de asistență medicală în
Republica Moldova. 5

ARTICOLE ORIGINALE

A. Ciubotaru
Tratamentul chirurgical al Tetralogiei Fallot.
Acumularea experienței și aprecierea conduitei
chirurgicale pe viitor. 7

STUDII CLINICO-ȘTIINȚIFICE

S. Parii
Diagnosticul și protezarea auditivă
a surdității sensoroneurale. 11

A. Axenti, M. Lucan, C. Burghilea
Laparoscopia în urologie. 13

A. Botezatu, V. Ianov
Tratamentul eventrațiilor postoperatorii medii,
mari și gigante de recidivă. 15

Maria Bolocan
Evaluarea și acreditarea unităților medico-sanitare și
farmaceutice din Republica Moldova în perioada
septembrie 2002–martie 2003. 20

V. Savin, D. Tintiuc
Problemele actuale ale dezvoltării asistenței medicale
primare la populația urbană în Republica Moldova. 24

CONTENTS

Minister of Health Congratulation.

EDITORIAL

A. Gherman
Compulsory Health Insurances System
in Republic of Moldova.

ORIGINAL ARTICLES

A. Ciubotaru
Surgical treatment of Fallot's tetralogy.
Accumulations of the experience and appreciation
of the surgical facilities for the future.

CLINICAL RESEARCH STUDIES

S. Parii
Diagnosis and Hearing Aid Rehabilitation
of Sensorineural Hearing Loss.

A. Axenti, M. Lucan, C. Burghilea
Laparoscopy in Urology.

A. Botezatu, V. Ianov
The treatment of middle, big and giant relapsed
postoperative eventrations.

Maria Bolocan
Assessment and accreditation of the medical
and pharmaceutical units from Republic of Moldova,
September 2002 to march 2003.

V. Savin, D. Tintiuc
Actual problems of primary health care development
of the urban population in the Republic of Moldova.

Corina Moraru
Determinarea timpului real
utilizat de către medicii de familie
pentru acordarea asistenței medicale populației rurale. **28**

O. Tafuni
Evaluarea supravegherii sanitare și a influenței
factorilor ocupaționali asupra sistemului
cardiovascular al operatorilor la computere. **35**

PRELEGERI, ARTICOLE DE SINTEZĂ

A. Ababii
Aspecte de epidemiologie, diagnostic și tratament a
Hidatidozei Hepatice. **39**

Ali Lutf Ahmed al Shawesh
Hemoragiile pulmonare. (Revista literaturii). **43**

O. Losii
Tratamentul dereglărilor funcțiilor tubei auditive.
(Revista literaturii). **49**

VARIANTE ANATOMICE

O. Mocealov
Sistemul vascular al rinichiului arcuat inferior. **51**

JUBILEE

„Eu cred în valorile universale nu în apartenența
ideologică”. Interviu cu Vasile Anestiade. **54**

Profesorul Eugen Maloman la 75 ani. **59**

Profesorul Grigore Friptuleac la 60 de ani. **61**

PAGINA VESELĂ **62**

Recomandări pentru autori **63**

Corina Moraru
Determining the exact time
used by the family doctors for providing
the rural population with medical assistance.

O. Tafuni
Evaluation of the hygienic supervision and the places
of work influence on the cardio-vascular system
of the computer operators.

LECTURES, ARTICLES OF SYNTHESIS

A. Ababii
Epidemiological, diagnostical and the treatment
aspects of Liver Hidatidoses.

Ali Lutf Ahmed al Shawesh
Pulmonary hemorrhage. (Review).

O. Losii
The treatment of the disturb of function additive's tub.
(Review).

ANATOMICAL VARIOUS

O. Mocealov
Vessel System of the arcuatus superior kidney.

ANNIVERSARIES

„I believe in universal values but not in ideological
possessions”. Interview with Vasile Anestiade.

Eugen Maloman, the 75th anniversary.

Grigore Friptuleac, the 60th anniversary.

FUN PAGE

Guide for authors

Apariții: 1 la 2 luni, Issues: 1 in 2 months

Pretul abonamentului anual: Anual rate:

Moldova, particular	Lei	150
Moldova, departamental	Lei	300
Uniunea Europeană	EU	50
S.U.A., Canada	USD	100
Europa de Est	USD	25
CSI	USD	20

Index 31130

Adresa redacției: Mailing address:
Republica Moldova 192, Stefan cel Mare Blvd
MD-2004, Chișinău, Chisinau, MD-2004
Bd. Ștefan cel Mare, 192 Republic of Moldova
Tel.: (3732) 220688; 222715 Tel.: (3732) 220688; 222715
Fax: (3732) 242344 Fax: (3732) 242344

E-mail: boristopor@yahoo.com

Tipar executat la:
"Tipografia Sirius" SRL
MD-2012, Chișinău,
str. A. Lăpușneanu, 2
Tel/fax: (3732) 232352



**STIMAȚI COLEGI,
COLABORATORI AI SISTEMULUI OCROTIRII SĂNĂTĂȚII!**

Vă adresez cele mai cordiale și sincere felicitări cu prilejul **Zilei lucrătorului medical și a farmacistului.**

Pe parcursul anilor s-a perfecționat concepția și politicile în domeniul ocrotirii sănătății, având ca obiectiv profesionalismul cadrelor medicale și farmaceutice, formele de organizare a asistenței medicale și farmaceutice acordate populației, calitatea serviciilor prestate, optimizarea bazei tehnico-materiale, ridicarea la un nivel principial nou al activității științifico-metodice și utilizarea eficientă a descoperirilor practice.

Evident, calea prin care trece sistemul ocrotirii sănătății este anevoioasă, fiind mereu în situații de înfruntare a problemelor, neajunsurilor și situațiilor care cer căutarea a noi soluții pentru afirmarea prestigiului colaboratorilor medicali și farmaceutici.

Evaluarea activității desfășurate în cadrul unităților medico-sanitare publice pe parcursul ultimilor doi ani a constatat majorarea gradului de accesibilitate a populației la serviciile medicale. Astfel, pe parcursul anului 2002, a crescut numărul solicitărilor efectuate de către serviciul urgenței medicale prespitalicești cu 320 la sută, față de anul 2000.

Este în creștere ponderea solicitărilor efectuate de medici în condiții de ambulator. Din contul micșorării duratei medii de spitalizare a fost atinsă majorarea nivelului rotației patului în condiții de staționar, respectiv majorarea numărului pacienților tratați în condiții spitalicești.

Cu toate că persistă majorarea incidenței generale a morbidității populației, asigurarea supravegherii medicale calificate a pacienților, acordarea asistenței diagnostice și curative necesare, a permis obținerea micșorării incidenței invalidității cu 100 cazuri față de anul 2001.

Datorită măsurilor profilactice întreprinse în republică nu au fost înregistrate cazuri de holeră, tetanos, pseudotuberculoză, tularemie, poliomielită acută, rubeolă congenitală, febră hemoragică, rabie, tifos exantematic, etc.

Cu suportul Guvernului și programelor investiționale, susținute de organisme internaționale, am reușit să fortificăm baza tehnico-materială și tehnologiile aplicate în cadrul serviciilor prioritare – o motivație importantă în desfășurarea calitativă a activității medico-sanitare.

Se bucură de o recunoaștere internațională știința și nivelul pregătirii profesionale a medicilor din republică.

Mai evident satisfacția profesiei lucrătorului medical și a farmacistului se realizează proporțional cu rezultatele aduse societății întru ameliorarea nivelului sănătății populației și longevității vieții.

Apreciez aportul Dumneavoastră considerabil în organizarea și acordarea asistenței medicale și farmaceutice populației. Îmi exprim convingerea, că experiența, profesionalismul, devotamentul și optimismul pe care-l manifestați zi de zi, vor contribui la perfecționarea sistemului ocrotirii sănătății din țară și majorarea randamentului serviciilor medicale prestate.

Vă doresc multă sănătate, pace, bucurii, energie creatoare, noi performanțe pe tărâmul exercitării profesiei lucrătorului medical și farmacistului.

Cu respect,
Andrei GHERMAN
Ministrul Sănătății Republicii Moldova



EDITORIAL

ASIGURĂRILE OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ
 ÎN REPUBLICA MOLDOVA

A. Gherman

Ministrul Sănătății al Republicii Moldova

In order to test the organizational forms of the medical institutions activity in the new conditions of administration, the government of Republic of Moldova decided to implement gradually the introduction of the compulsory health insurances system. The complete implementation of these changes will start on July 1st, 2003 in Hincesti' district. The rest of local administrative units will gather only dues paid by the patronage, in order to create the initial fund, necessary for the implementation of the compulsory health insurance system starting on January 1st 2004.

Key words: health insurance

Programul de activitate al Ministerului Sănătății pe termen scurt are ca obiectiv major consolidarea și modernizarea continuă a sistemului de sănătate, coordonarea activităților organelor centrale și locale în soluționarea problemelor existente, precum și utilizarea rațională a resurselor umane și materiale în scopul ameliorării sănătății publice. La baza lui au fost puse prevederile Programului de activitate a Guvernului Republicii Moldova pe anii 2001-2005 „Renașterea Economiei – Renașterea Țării”, aprobat prin Hotărârea Guvernului Nr. 854 din 16.08.2001.

Printre cele mai importante realizări ale Ministerului Sănătății se enumeră și deblocarea procesului de implementare în Republica Moldova a asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

În scopul impulsivării activităților de pregătire a sistemului de sănătate pentru implementarea asigurărilor obligatorii și elaborării cadrului normativ pentru aplicarea în practică a Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală Nr. 1585-XIII din 27.08.1998, Guvernul Republicii Moldova a emis Hotărârea Nr. 961 din 10.09.2001 prin care a constituit Consiliul de coordonare a implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală, în componența căruia au intrat reprezentanți ai Guvernului Republicii Moldova, Ministerelor interesate, Confederației Naționale a Patronului și Confederațiilor Sindicatelor din Republica Moldova. În conformitate cu planul de măsuri elaborat de Consiliul de coordonare specialiștii Ministerului Sănătății în strânsă colaborare cu partenerii sociali și experții Organizațiilor internaționale de specialitate (OMS, TACIS, Banca Mondială) pe parcursul anului 2002 și prima jumătate a anului 2003 au elaborat și au definitivat actele normative și legislative necesare pentru desfășurarea cu succes a asigurărilor obligatorii de asistență medicală. În total au fost pregătite și aprobate 2 Legi organice și 14 Hotărâri de Guvern prin care au fost aprobate și reglementate următoarele aspecte: mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare, condițiile de asigurare a cetățenilor străini, aprobarea statutului și crearea Agențiilor Teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, constituirea Consiliului Național de Administrare a Companiei Naționale de Asigurare în Medicină, Regulamentul despre administrarea fondurilor asigurărilor obligatorii, Contractul-tip de asigurare obligatorie, Polița de asigurare, modelele

de registre pentru evaluarea volumului de servicii medicale, Contractul-tip de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurărilor, Programul Unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală, Regulamentul cu privire la modul de activitate economico-financiară și gestionare a surselor financiare a instituțiilor medico-sanitare publice în cadrul asigurărilor obligatorii, tarifele la serviciile medico-sanitare etc.

Prin adoptarea acestor acte practic a fost definitivat cadrul normativ și legal necesar desfășurării în Republica Moldova a asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

În scopul dezvoltării capacităților manageriale ale Directorilor Direcțiilor Sănătății și conducătorilor instituțiilor medico-sanitare publice pentru activități în cadrul sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală, în baza Ordinului Ministerului Sănătății Nr. 138 din 28.05.02 au fost petrecute șase cursuri de instruire tematica „Asigurări obligatorii de asistență medicală”, cu durata de două săptămâni fiecare. În cadrul acestor cursuri au fost pregătiți 207 conducători și economiști ai Direcțiilor Sănătății, Instituțiilor Medicale Republicane, Spitalelor județene și sectoriale, Centrelor Medicilor de Familie. La aceste cursuri participanții au obținut deprinderi practice în domeniul pregătirii instituțiilor medicale pentru activități în cadrul asigurărilor obligatorii de sănătate, aplicării actelor legale pentru desfășurarea asigurărilor, condițiilor de asigurare obligatorie a cetățenilor Republicii Moldova și cetățenilor străini, managementului financiar și gestionării proceselor din instituțiile medicale în condiții noi.

A fost elaborat și realizat Planul calendaristic de întruniri (peste 175) cu reprezentanții Administrației Publice Locale, conducătorii și medicii instituțiilor medico-sanitare publice republicane și teritoriale, cu populația din teritorii, în cadrul cărora au fost discutate aspectele juridice, avantajele și consecințele asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

În prezent se găsește la etapa de realizare un amplu program de informare a populației prin intermediul Campaniei de comunicare și informare a Fondului de Investiții în Sănătate pe problemele asigurării obligatorii de asistență medicală.

Cu participarea reprezentanților Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină s-au organizat multiple emisiuni la Radioul și Televiziunea Națională. Au fost

organizate 53 de mese rotunde și conferințe de presă pentru jurnaliști, organizații nonguvernamentale și internaționale referitor la necesitatea consolidării sistemului de sănătate și implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

Asigurarea obligatorie de asistență medicală reprezintă un sistem de protecție socială prin care, de rând cu statul, la finanțarea sistemului de sănătate participă patronatul, angajații din sectorul formal al economiei naționale, precum și persoanele cu liberă practică care au venituri provenite din activități de muncă.

Sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală are un caracter obligatoriu și va oferi tuturor cetățenilor posibilități egale la obținerea unui volum definit de servicii medicale, acordat fără plată. Acest volum este prevăzut în Programul Unic de servicii medicale asigurate care se aprobă anual de Guvernul Republicii Moldova. În Programul Unic sunt incluse servicii medicale considerate importante pentru societate și necesare pentru menținerea și refacerea sănătății. În cadrul asigurărilor obligatorii persoanele asigurate vor beneficia de următoarele tipuri de asistență medicală:

- a) asistența medicală primară acordată de medicul de familie în Centrele Medicilor de Familie și structurile lor sau la domiciliu;
- b) eliberarea medicamentelor compensate 100% pentru tratamentul ambulatoriu al copiilor de până la 5 ani și a preparatelor ce conțin fier pentru gravidele care suferă de anemie;
- c) asistența medicală urgentă la etapă prespitalicească acordată de către serviciile specializate, inclusiv transportarea asistată a pacienților la spital;
- d) asistența medicală specializată de ambulatoriu acordată la îndreptarea medicului de familie de medicul specialist din secțiile consultative ale instituțiilor medicale spitalicești și asociațiilor teritoriale medicale;
- e) asistența medicală spitalicească în cazul când boala amenință viața pacientului sau prezintă pericol pentru sănătatea publică, când diagnosticul nu poate fi stabilit în condiții de ambulatoriu sau pacientul necesită tratament sub supraveghere medicală permanentă.

Pentru a beneficia de toate serviciile medicale incluse în Programul Unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală, persoana asigurată urmează să se înscrie pe listele unui medic de familie care, în caz de îmbolnăvire, va stabili diagnosticul și va iniția tratamentul, va trimite pacientul la medicul specialist sau în spital. În situații care pun în pericol viața, persoana asigurată va apela la serviciul teritorial de asistență medicală urgentă.

Spitalizarea pacienților se va efectua prin biletul de trimitere a medicului de familie, serviciului de urgență, iar în situații deosebite și la prezentarea individuală a pacientului.

În cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală în conformitate cu Legea cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală Nr. 1593-XV din 26.12.2002 plătitori ai primelor (cotizațiilor) de asigurare sunt:

- Unitățile (întreprinderile, instituțiile, organizațiile) indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, care vor achita lunar pentru asigurarea angajaților lor 2% din fondul de salarizare;
- Angajații unităților, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, care vor achita lunar câte 2% din salariile proprii;
- Persoanele fizice care desfășoară activitate de întreprinzători, titularii patentelor, proprietarii de terenuri agricole care nu au transmis terenurile în arendă sau au constituit asociații;

persoanele care arendează terenuri agricole, fondatorii întreprinderilor individuale; liber-profioniștii (scriitorii, pictorii etc.) vor achita o sumă fixă a primei de asigurare;

- Autoritățile Administrației Publice locale vor achita cotizațiile de asigurare pentru copiii de vârstă preșcolară, elevii din învățământul primar, gimnazial, mediu general și liceal, șomerii înregistrați oficial, pensionari;

- Guvernul Republicii Moldova va achita cotizațiile de asigurare pentru elevii din învățământul secundar profesional, studenții instituțiilor de învățământ superior la cursuri de zi, invalizi.

În acest mod toți cetățenii Republicii Moldova, precum și cetățenii străini sau apatrizii care au reședință în Republica Moldova vor fi asigurați în mod obligatoriu. Persoanelor asigurate li se va elibera (la locul de muncă sau de studiu) o poliță de asigurare, în temeiul căreia vor beneficia de întregul volum de asistență medicală prevăzut în Programul Unic și acordat de toate instituțiile medicale din Republica Moldova.

Cele mai importante funcții ale asigurărilor obligatorii de asistență medicală prevăzute de legislația în vigoare vor fi:

1. *Reducerea temerilor asiguratului prin securitatea oferită.* În caz de îmbolnăvire, persoana asigurată se va adresa medicului fără a avea temerea că tratamentul va fi prea scump și boala nu-i va crea probleme financiare. În acest mod asigurarea medicală va contribui la o sănătate mai bună a asiguratului, deoarece tratamentul bolii se va face în faza de debut.

2. *Distribuirea riscurilor de îmbolnăvire între persoanele asigurate.* Asigurarea medicală este unicul mijloc sigur de a aco- peri consecințele financiare ale unor evenimente de sănătate ne dorite de către cetățeni. Asigurarea Obligatorie de Asistență medicală se bazează pe o amplă solidaritate, care se manifestă prin faptul că persoanele sănătoase plătesc serviciile medicale pentru cele bolnave, tinerii întrețin bătrânii, iar persoanele cu venituri mari subvenționează serviciile de sănătate pentru cei cu salarii modeste.

3. *Mobilizarea surselor financiare pentru sănătate, formarea fondurilor de asigurare și repartitia echitabilă a lor.* În cadrul Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală sistemul de sănătate va beneficia nu doar de surse financiare bugetare, dar și de contribuții obligatorii ale patronatului, angajaților și persoanelor care au venituri provenite din activități de muncă. Ca rezultat va crește flexibilitatea și ritmicitatea finanțării instituțiilor medicale. Fondurile de asigurare vor fi utilizate doar numai pentru protecția sănătății persoanelor asigurate. În cadrul asigurărilor obligatorii, din mijloacele financiare acumulate vor fi create următoarele fonduri de asigurare: fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (94%), fondul de rezervă (2%) și fondul măsurilor de profilaxie (2%). Cheltuielile de administrare a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, care are un caracter non-profit, vor constitui doar 2% din sursele colectate.

4. *Urmărirea eficienței utilizării fondurilor de asigurare prin contractarea serviciilor și separarea funcțiilor plătitorului și furnizorului de îngrijirii medicale.* Prin implementarea formelor contractuale de colectare și distribuire a resurselor destinate sănătății, societatea va obține instrumente legale de finanțare garantată a sistemului de sănătate și de asumare a responsabilităților din partea instituțiilor medicale, referitor la calitatea serviciilor medicale. Asigurările medicale vor contribui la aplicarea tehnologiilor moderne de tratament a maladiilor și la utilizarea metodelor economice de dirijare a instituțiilor medicale. Ele vor impulsiiona o relație mai bună între medic și pacient, relație care va fi guvernată de standarde și reglementări cunoscute în mod public. Populația va beneficia de o protecție

medico-sanitară mai sigură, iar Compania Națională de Asigurări în Medicină va supraveghea calitatea și volumul serviciilor medicale acordate persoanelor asigurate.

În noile condiții persoanele asigurate vor fi în drept să:

- beneficieze de servicii medicale în volum și calitate prevăzute în Programul Unic, indiferent de mărimea primelor de asigurare plătite;

- aleagă instituția medicală primară și medicul de profil general în limita unității teritoriale unde locuiesc;

- beneficieze de asistență medicală de urgență pe întreg teritoriul Republicii Moldova;

- primească sfaturi din partea medicului referitor la starea sănătății lor;

- intenteze acțiuni asiguratului, asiguratorului, instituției medicale, inclusiv pentru a obține compensarea prejudiciului cauzat din vina acestora.

În Raportul privind situația ocrotirii sănătății în Europa pentru anul 2002 Biroul Regional al OMS a lansat conceptul finanțării echitabile a sistemelor de sănătate care include: garantarea egalității în repartizarea efortului financiar pentru întreținerea sistemelor de sănătate; protecția financiară a familiilor în caz de apariție a riscului de îmbolnăvire; stabilirea mărimii cotizației către sistemul de sănătate în funcție de nivelul de solvabilitate a cetățenilor angajați în câmpul muncii; efectuarea în avans a contribuțiilor pentru nevoile de sănătate. Este nevoie de menționat că actele normative privind asigurările obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova corespund în mare măsură cerințelor lansate de OMS.

În scopul testării formelor organizatorice de activitate a instituțiilor medicale în condiții noi de gestionare, conducerea Republicii Moldova a luat decizia implementării treptate a asigura-

rilor obligatorii de asistență medicală. La prima etapă, începând cu 1 iulie 2003, implementarea integrală a asigurărilor obligatorii de asistență medicală se va efectua în raionul Hâncești. În acest teritoriu administrativ se vor aplica în practică toate prevederile legale referitor la achitarea cotizațiilor de asigurare și realizarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2003. În restul teritoriilor administrative cotizațiile de asigurare, în mărime de 2% din fondul de salarizare, vor fi achitate de la 1 iulie 2003 doar de întreprinderi, instituții și organizații, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare.

Mijloacele financiare acumulate în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală vor fi utilizate pentru desfășurarea integrală a asigurărilor obligatorii de asistență medicală în raionul Hâncești și pentru constituirea fondului inițial destinat implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală pe întreg teritoriul Republicii Moldova începând cu 1 ianuarie 2004.

Pentru atingerea scopurilor strategice scontate și instruirea unui sistem de sănătate eficient, este necesar ca infrastructura și modul de funcționare a serviciilor să fie organizate optimal și să satisfacă necesitățile populației în asistență medicală. În condițiile unor resurse financiare limitate, acestui compartiment i se va acorda atenția cuvenită.

Sistemul de prestare a serviciilor va fi perfecționat în continuare, cu aplicarea unor decizii bazate pe dovezi. O analiză profundă a problemelor majore de sănătate va permite identificarea stărilor morbide dominante și a poverii financiare a riscurilor de îmbolnăviri. În acest mod vor fi precizate intervențiile relevante care sunt eficiente pentru soluționarea acestor probleme și, respectiv, va fi pus accentul pe dezvoltarea prioritară a diferitor servicii de sănătate.

ARTICOLE ORIGINALE

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL TETRALOGIEI FALLOT. ACUMULAREA EXPERIENȚEI ȘI APRECIEREA CONDUITEI CHIRURGICALE PE VIITOR

A. Ciubotaru

Centrul Științifico-Practic de Chirurgie Cardiovasculară, Chișinău, Republica Moldova

To reach the desired objectives, we analyzed the experience of the first 10 years (1991 - 2000). It was 61 patients with TF. In the first 5 years, there were 26 patients operated, out of which 12 (42.6%) deceased. In the next 5 years, 35 patients were operated and only 5 (14.3%) died. The achieved results allow stating that patients with TF have positive postoperative development. The best results that may be obtained in the conditions of our center are in patients aged 5-9 years. However, we support the idea of surgical treatment in the first year of life, but for this there must be provided respective age-compliant technical supplies of surgical equipment, as well as of anesthesia and intensive care units.

Key words: fallot's tetralogy

OBIECTIVE

În ultimii 10 ani tratamentul chirurgical al Tetralogiei Fallot (T.F.) s-a modificat semnificativ, în primul rând, ca tehnică chirurgicală și ca tactică dependentă de vârstă.

Studiul dat s-a efectuat pentru a analiza prima experiență de 10 ani cu scopul evidențierii particularităților tehnice și de vârstă, pentru a elabora o tactică clară pe viitor și pentru a studia posibilitatea ulterioară a acestor bolnavi în activitatea profesională.

Începând cu prima operație reușită realizată de Lillihei în 1954 (15, 17) au fost multe publicații consacrate prognosticului încurajator de lungă durată, dar totuși s-a observat o mortalitate sporită în cazul operațiilor radicale primare, în special la nou născuți (21, 24) și un rezultat foarte bun la bolnavii supuși corecției chirurgicale în două etape (16, 18, 20, 25), până prin anii 90, după care opinia specialiștilor este în favoarea operațiilor la vârsta de 1 – 2 ani sau chiar la nou născuți (2, 22, 23, 30).

Nu există o alternativă a tratamentului chirurgical, deoarece supuși tratamentului conservativ, pacienții au o rată de supraviețuire de un an în 66 %, de doi ani – 49% și doar 10 – 15% ating vârsta de 20 ani (22). Astăzi, datele statistice referitor la istoricul natural al Tetralogiei Fallot fără chirurgia cardiacă își pierde sensul și devine greu de înțeles pentru opinia medicală.

MATERIAL ȘI METODE

Pentru a atinge obiectivele propuse am analizat experiența primilor 10 ani (1991 – 2000), timp în care s-a inițiat și s-au operat primar 61 bolnavi cu Tetralogia Fallot în clinica noastră.

Vârsta bolnavilor a fost cuprinsă între 5 și 42 ani (11,27) cu greutatea între 14,6 și 68,5 kg (29,62).

Toate datele obiective și subiective au fost studiate din fișele de observație și de ambulator ale pacienților și evaluate în dinamică după datele de ECHO – cardiografie și clinic. Din cei 61 bolnavi – 32 au fost operați primar și 29 după diferite anastomoze intersistemice.

Investigațiile ECHO – cardiografice s-au făcut postoperator repetat peste 10 zile, 1 lună, 3 luni, 6 luni apoi o dată pe an cu analiza dinamicii gradientului restant cauzat de Obstrucția Tractului de Ieșire al Ventriculului drept (OTIVD) și materialul folosit în plastia Tractului de Ieșire a Ventriculului Drept (TIVD) și Artera Pulmonară (AP).

Primele corecții radicale la bolnavii cu Tetralogia Fallot au fost implementate în clinica noastră începând cu anii 1990, când unul din criteriile decisive în efectuarea operației era greutatea bolnavului (de peste 20 kg) – fapt dictat de capacitatea oxigenatorului.

Astfel, din anul 1991 până în anul 2000 au fost operați 61 bolnavi cu Tetralogia Fallot la care s-a efectuat corecția radicală a malformației (Tab. nr. 1).

Tab. 1

Descrierea pacienților supuși intervenției de corecție radicală a TF

Parametrii	Variația	Media
1. Vârsta (ani)	5,00-42,00	11,27
2. Greutatea	14,00-68-50	28,73
3. Timpul clampării aortei	54,00-203,00	99,51
4. Durata CEC	80,00-223,00	127,79
5. Durata spitalizării preoperatorii	3,0-131,00	42,05
6. Durata spitalizării postoperatorii	1,00 -55,00	18,64

La 3 bolnavi (4,9%) cauza obstrucției a fost hipertrofia porțiunii infundibulare a Ventriculului Drept (VD), la 2 bolnavi (3,3%) obstrucția a fost cauzată doar de o stenoză izolată a valvei AP și la restul 56 bolnavi (91,8%) tipul OTIVD a fost mixt cu componentul hipertrofiei subpulmonare a VD, stenoza valvelor sau hipoplazia trunchiului AP uneori și a ramurilor ei.

Dimensiunile defectului septal interventricular (DSV) au fost între 12 și 40 mm ($23,16 \pm 0,76$). Patologiile intracardiace asociate au fost: Defect Septal Interatrial – 36 (59%) cazuri, duct arterial permeabil (Botallo) – 1 caz (1,6 %) iar la 22 de pacienți (36,1%) nu s-au înregistrat careva patologii asociate. La 5 pacienți (8,2%) corecția radicală a Tetralogiei Fallot s-a reușit fără a aplica petec de lărgire, iar la restul 56 (91,8%) – s-a aplicat un petec de lărgire pe TIVD dintre care la 3 (5,2%) s-a folosit petec din PTFE (Gore-Tex), la 5 (8,8%) petec din xenopericard bovin și la restul 48 (78,7%) – petec din pericard autolog netratat.

Din cei 56 bolnavi la care s-a folosit petec de lărgire, în 20 cazuri (32,8%) petecul s-a aplicat doar pe TIVD și la 29 bolnavi (47,5%) petecul s-a pus pe TIVD cu lărgirea inelului fibros al AP, la 5 (8,2 %) petecul de lărgire s-a continuat până pe trunchiul AP și 2 (3,3 %) bolnavi au necesitat extinderea petecului de lărgire până pe ramurile AP.

Cardioplegia cristaloïdă s-a utilizat la 11 (18%) bolnavi și cea combinată cristaloïd-sangvină la 50 (82%) bolnavi. La 59 (96,7%) bolnavi s-a folosit metoda antegradă de administrare a soluției cardioplegice, la 2 (3,3%) bolnavi metoda retrogradă. La 3 (4,9%) bolnavi s-a folosit metoda de arest circulator dictată de necesitatea plastiei ramurii stângi a AP – 1 caz și de hemoragie din anastomozele intersistemice la 2 bolnavi.

Pentru plastia DSV la 16 bolnavi (26,2%) s-a folosit xenopericardul bovin și la 45 (73,8%) material sintetic (Dacron – 3, Teflon – 2 și PTFE – 40). Stenoza subpulmonară infundibulară a fost prezentă la 60 bolnavi. Componentul fibros al obstrucției infundibulare de obicei era bine pronunțat.

Vârsta medie la care s-au operat bolnavii a fost de 10,74 (5,00 – 42,00) ani cu greutatea medie de 28,73 (14,00 – 68,50) kg. La 29 pacienți corecția radicală a viciului a fost anticipată de o anastomoză intersistemică de tipul – Blelock – 12, Schumacher – 13 și Vișnevșchii – 4. Într-un caz artera coronară stângă avea un traseu aberant – intramuscular prin peretele anterior al VD și a fost involuntar lezată, fapt ce a provocat un infarct masiv și copilul a decedat. Tehnica chirurgicală a fost aceeași la toți pacienții și anume – ventriculotomia dreaptă cu extindere în caz de necesitate pe inelul fibros sau pe trunchiul AP, uneori și pe ramurile ei. Apoi se efectuează infundibulectomia, plastia DSV și închiderea sau plastia TIVD în caz de necesitate și a trunchiului AP. În cazul folosirii unui petec de lărgire pe TIVD – prioritate îi dăm pericardului autolog netratat, deoarece este la îndemână permanent, nu provoacă calcifieri în timp și nu necesită cheltuieli suplimentare. Petec cu monocuspă n-am folosit și de fiecare dată ne-am străduit ca incizia inelului fibros să fie prin comisură și la momentul aplicării petecului de lărgire, cuspele adiacente se fixau pe petec, astfel încât să se păstreze funcționalitatea lor și să micșoreze gradul de insuficiență a valvei AP. Așa, din cei 44 (72%) pacienți care au supraviețuit intervenției chirurgicale, la 41 (93,2%) s-a folosit un petec de lărgire pentru plastia TIVD sau și a trunchiului AP. În 12 cazuri DSV a fost rezolvat transatrial și tot prin această cale de acces în două cazuri s-a efectuat infundibulectomia. La alți doi bolnavi infundibulectomia a fost posibilă prin AP, dar

până la urmă pentru siguranță s-a efectuat și ventriculotomia dreaptă.

Observația în dinamică s-a efectuat la majoritatea pacienților în viață cu o periodicitate de 3, 6, 12 luni în primul an postoperator și o dată pe an în anii următori.

REZULTATE

În perioada anilor 1991 – 2000 au fost operați 61 bolnavi cu Tetralogia Fallot. La începutul acumulării experienței – primii 5 ani (1991-1995) s-au operat 26 pacienți dintre care 12 (42,6%) au decedat.

În următorii 5 ani 1996-2000 s-au operat 35 pacienți, dintre care au decedat 5 (14,3%). Majoritatea pacienților – 47 (77%) aveau forma cianotică a patologiei și 14 (23%) forma palidă.

În Clasa Funcțională (Cl F) NYHA I-II au fost 12 (19,7%) pacienți și restul 49 (80,3%) au fost în clasa funcțională III-IV NYHA.

Postoperator, investigați pe o durată îndelungată au fost 37 pacienți (7 pacienți din diferite motive, de regulă financiare, nu se prezintă la control). Conform Cl F NYHA pacienții au fost repartizați astfel:

Cl F – I – 32(86,5%), Cl F – II – 4 (0,8%), Cl F – III – 0 și Cl F – IV – 1 (2,7%). Astfel 36 pacienți (97,3%) au avut o evoluție postoperatorie bună cu o toleranță fizică care le permite încadrarea în activitatea fizică profesională.

În primii 5 ani 1991–1995 au fost operați 26 bolnavi dintre care 12 au decedat – 42,6%. În următorii 5 ani 1996 – 2000 au fost operați 38 pacienți dintre care au decedat 5 (14,3%). Acest fapt se datorează acumulării experienței atât a echipei de chirurși, cât și a echipei de anestezie – reanimare de care în mare măsură depinde rezultatul operației. Durata spitalizării preoperatorii a fost de 42,05 zile (3,00 – 131,00) moment ce ne vorbește despre dificultățile în aprovizionarea cu medicamente specifice și consumabile necesare la aceste intervenții chirurgicale complicate, fapt care reține mult intervenția.

Durata spitalizării postoperatorii a fost de 18,64 zile (1,00-55,00). Acest indice este cauzat și de faptul că 47 de bolnavi aveau forma cianotică și doar 14 aveau forma palidă. Severitatea patologiei este confirmată de clasa funcțională NYHA (Tab. 2), unde de clasa I- II au fost 19,7% și clasa III-IV -80,3% bolnavi.

Au necesitat resternotomie de urgență motivată de hemoragie 10 bolnavi – 16,4%. Insuficiența cardiacă s-a înregistrat la 15 bolnavi (25,%) dintre care insuficiența ventriculară stângă la 17 bolnavi (26,1%) și insuficiența ventriculară dreaptă la 4

Tab. 2

Repartizarea pacienților conform clasei funcționale NYHA

Clasa funcțională NYHA	Nr.	%
I	0	0
II	12	19,7%
III	45	73,7%
IV	4	6,6%
Total	61	100

bolnavi (6,7%) și la 41 (68,3%) nu s-a înregistrat insuficiența cardiacă. La majoritatea bolnavilor – 55 (90,2%) s-au folosit catecolamine, iar 21 bolnavi (35%) au necesitat electrocardiostimulare, dintre care la 5 (8,3%) s-a implantat pacemaker permanent. La externare 23 de pacienți (52,2%) aveau indicată digoxina și 26 de pacienți (59,1%) aveau indicații pentru diuretice.

După datele de evidență în dinamică postoperatorie, insuficiența valvei AP s-a înregistrat astfel (Tab. 3).

Tab. 3

Gradul de insuficiență a valvei AP la pacienți, înregistrat în perioada postoperatorie

Gradul de insuficiență	Nr.
0	5
I	18
II	22
III	3
IV	0

Gradient restant la valva pulmonară s-a înregistrat la 38 de pacienți și a fost 27,88 mmHG în medie (7,50–60,00). Nimeni din acești pacienți n-a fost supus reintervenției după acest criteriu. La cei 44 supraviețuitori după clasa funcțională NYHA gradul de insuficiență cardiacă postoperatorie a fost stabilit următorul (Tab. 4) (7 bolnavi din supraviețuitori nu se prezintă la control pe motive de stare economică dificilă).

Cum se vede din tabelul nr. 4, doar la 2,7% de bolnavi supraviețuitori corecției radicale a Tetralogiei Fallot postoperator s-a dezvoltat insuficiență cardiacă fapt ce ne permite să afirmăm că tratamentul chirurgical al Tetralogiei Fallot dă rezultate bune.

Tab. 4

Gradul insuficienței cardiace stabilit postoperatoriu

Clasa funcțională NYHA	Nr.	%
I	32	86,5%
II	4	10,8%
III	-	-
IV	1	2,7%
	37	100

DISCUȚII

Tetralogia Fallot are o evoluție progresivă nefavorabilă. Hipoxia și cianoza, infarctele sau abcesele cerebrale și endocardita sunt cauzele principale ale morbidității și mortalității (13). Aceste riscuri nu pot fi lichidate cu tratamentul conservativ.

Rezultatele precoce și de lungă durată sunt bune în toate centrele, care raportează o îmbunătățire importantă a tratamentului chirurgical în timp (1, 3, 6).

Miyamura et all (21) a prezentat un studiu de evidență îndelungată de 20-29 ani postoperator la 50 bolnavi și a demonstrat că practic nu sunt efecte adverse cauzate de petecul transanular. La aceeași concluzie a ajuns și d'Udekeme I. cu colegii (29) care au primit rezultate egale la bolnavii cu petec de lărgire numai a TIVD sau și transanular. În același timp insuficiența pulmonară a fost menționată de Rowe SA et all (26) ca un factor negativ în sensul dezvoltării aritmiilor și scăderii capacității de muncă în timp.

Rao V. et all (25) menționează că de lungimea petecului transanular depinde în mare măsură necesitatea reintervențiilor. În același timp, letalitatea în rândul bolnavilor la care s-a folosit un petec de lărgire a TIVD este mult mai mare de cât la cei unde nu s-a folosit acest petec. În lotul nostru toți cei 7 bolnavi la care nu s-a folosit petec de lărgire – au supraviețuit.

Petecul cu monocuspă are ca scop diminuarea problemelor apărute imediat postoperator (10, 11), dar multe din ele nu au o durată lungă și provoacă probleme în timp în legătură cu calcificarea lor (13, 19, 29).

După părerea mai multor autori (4, 9, 13, 22) preferabil este ca să nu fie folosit petec de lărgire a TIVD, ci doar de a se limita la infundibulectomie și în caz de necesitate de lărgit doar inelul AP sau AP. Aceasta exclude compromiterea contractilității miocardului VD și îmbunătățește important rezultatele postoperatorii (8, 27, 28).

Rao (25) recomandă de a opera bolnavii cu TF cât mai timpuriu, în perioada când nu s-a dezvoltat foarte pronunțat hipertrofia ventriculară cu obstrucție severă a TIVD, respectiv și traumatismul mușchiului cardiac este mai mic și complicațiile legate de aceasta sunt mai reduse (5). Dar pentru a opera la o vârstă mai mică este absolut necesar un serviciu de anestezie și reanimare bine dotat din punct de vedere al aparatajului și medicamentelor specifice, desigur este necesară și o experiență respectivă a specialiștilor în acest domeniu (7, 12, 14).

Un lucru important, la părerea noastră este gradul de invalidizare pre- și postoperator. Preoperator au avut atribuite grade de invaliditate doar 13 pacienți, ceia ce constituie 21% din numărul total de 61 bolnavi operați cu Tetralogia Fallot. După datele subiective și obiective obținute în clinică, la toți acești 61 bolnavi putea fi argumentată atribuirea unui grad de invaliditate postoperator.

În perioada postoperatorie, după datele arătate mai sus, în special clasa funcțională NYHA, a survenit o îmbunătățire importantă a stării pacienților, însă în realitate doar singurul fapt că bolnavul a fost operat a servit drept argument de ai atribui un grad de invaliditate. Acest fapt denotă necesitatea popularizării și informării despre beneficiul tratamentului chirurgical în mediul internisților și în special a cardiologilor care participă la adoptarea deciziei despre acordarea gradului de invaliditate și conduita terapeutică.

CONCLUZII

1. Rezultatele obținute ne permit să afirmăm că bolnavii cu Tetralogia Fallot au o evoluție postoperatorie favorabilă.
2. Vârsta la care se pot obține rezultate bune în condițiile centrului nostru este de 5-9 ani. În același timp susținem ideea intervențiilor chirurgicale în primul an de viață, dar pentru

aceasta trebuie asigurată dotarea tehnică respectivă a blocului operator cu instrumentariu, utilaje și aparataj specific, de asemenea și a secțiilor de anestezie și terapie intensivă – specifice vârstei.

3. Plastia DSV transventricular cu plastia TIVD atât izolat cât și transanular nu înrăutățesc rezultatele de lungă durată și rămân a fi o metodă sigură.

4. Din punct de vedere chirurgical, rezultatul tratamentului Tetralogiei Fallot în mare măsură depinde de două lucruri foarte importante:

- a) înlăturarea adecvată a (OTIVD) fără a compromite funcția de pompă;
- b) închiderea sigură a defectului septului interventricular;

5. Tetralogia Fallot rămâne a fi o patologie puțin cunoscută de medicii internisți, fapt ce provoacă atribuirea grupelor de invaliditate neargumentat în perioada postoperatorie.

LITERATURA

1. Aeba R., Katogi T., Kashima I. et all. Left atrial appendage insertion for right ventricular outflow tract reconstruction Ann Thorac Surg 2000; 71:501-6.
2. Alexiou C., Mahmoud H. Al-Khaddour A. et all. Outcome after repair of Tetralogy of Fallot in the first year of life. Ann Thorac Surg 2001; 71:494-500).
3. Bielefeld M.R., Bishop D.A., Campbell D.N. et all. Reoperative homograft right ventricular outflow tract reconstruction. Ann Thorac Surg 2001; 71:482-8.
4. Caspi J., Zalstein E., Zucker N. et all. Surgical Management of Tetralogy of Fallot in the First Year of Life Ann Thorac Surg 1999; 68:1344-9.
5. Chaturvadi R.R., Shore D.F., Lincoln C. et all. Acute right ventricular restrictive physiology after repair of Tetralogy of Fallot. Association with myocardial injury and oxidative stress. Circulation.1999; 100: 1540-47.
6. Dyamenahalli U., Mc Crindle B.W., Barker G.A. et all. Influence of perioperative factors on outcomes in children younger than 18 months after repair of Tetralogy of Fallot Ann Thorac Surg 2000; 69:1236-42.
7. Garne E., Nielsen G., Hansen O.K., Emmertsen K. Tetralogy of Fallot. A population – based study of epidemiology, associated malformations and survival in Western Denmark 1984 – 1992.
8. Gatzoulis M.A., Till J.A., Somerville J. et all. Mechano-electrical interaction in Tetralogy of Fallot: QRS prolongation relates to right ventricular size and predicts malignant ventricular arrhythmias and sudden death. Circulation.1995;92:231-7
9. Gatzoulis M.A., Soukias N., Ho S.I., Anderson J. and R.H. Echocardiographic and morphological correlations in Tetralogy of Fallot. Eur Heart J 1999; 20:221 – 31.
10. Hrasca V. A new approach to correction of Tetralogy of Fallot with absent pulmonary valve. Ann Thorac Surg. 2000; 69:1601 – 3.
11. Iemura J., Oku H., Otaki M., Kitoyama H. Expanded Polytetrafluoroethylene monocuspid valve for right ventricular outflow tract reconstruction. Ann Thorac Surg 2000; 70: 1511 – 4
12. Jacobs M.L. Congenital heart surgery nomenclature and database project: Tetralogy of Fallot. Ann Thorac Surg 2000; 69:577-82.
13. Knott-Craig C.J., Elkins R.C., Lane M.M. et all. A 26 -yer experience with surgical management of Tetralogy of Fallot: risk analysis for mortality or late reintervention. Ann Thorac Surg 1998; 66:506 – 11.
14. Kaushal S.K., Radhakrishnan S., Dagar K.S. et all. Significant intraoperative right ventricular outflow gradients after repair for Tetralogy of Fallot: To revise or not to revise? Ann Thorac Surg 1999; 68:1705 – 13.
15. Kirklın J.W., Blackstone E.H., Jonas R.A. et all. Morphological and surgical determinants of outcome after repair of Tetralogy of Fallot

and pulmonary stenosis: a two-institution study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1992; 103: 706-23.

16. **Karla S., Sharma R. Choudhary et al.** Right ventricular outflow tract after non-conduit repair of Tetralogy of Fallot with coronary anomaly. *Ann Thorac Surg* 2000; 70:723-6

17. **Lillehei C.W., Varco R.L., Cohen M. et al.** The first open-heart repairs of ventricular septal defect, atrioventricular communis, and Tetralogy of Fallot using extracorporeal circulation by cross-circulation: a 30-year follow-up. *Ann Thorac Surg* 1986; 41(1):4-21.

18. **Maluf M.A., Braile D.M., Silva C. et al.** Reconstruction of the pulmonary valve and outflow tract with bicuspid prosthesis in tetralogy of Fallot. *Ann Thorac Surg* 2000; 70: 1911-7.

19. **McElhinney D.B., Parry A.J., Reddy V.M. et al.** Left pulmonary artery kinking caused by outflow tract dilatation after transannular patch repair of Tetralogy of Fallot. *Ann Thorac Surg* 1998; 65: 1120-6.

20. **Munkhammar P., Cullen S., Jogi P. et al.** Early age at repair prevents restrictive right ventricular physiology after surgery for Tetralogy of Fallot. *J Am Coll Cardiol* 1998; 32:1083-7.

21. **Miyamura H., Eguchi S., Asanok.** Long-term results of the intracardiac repair of Tetralogy of Fallot: a follow up study conducted over more than 20 years on 100 consecutive operative survivors. *Surg Today* 1993; 23 (12): 1049-1052.

22. **Norgaard M.A., Lauridsen P., Helvind M., Petterson G.** Twenty-to - thirty - seven - year follow-up after repair for Tetralogy of Fallot. *Eur J Cardio - thorac Surg* 1999; 16: 125 - 130.

23. **Pozzi M., Trivedi D.B., Kitchiner D., Arnold R.A.** Tetralogy of Fallot: what operation, at which age. *Eur J Cardiothorac Surg* 2000; 17:631-6.

24. **Pacifico A.D., Kirklin J.M., Blackstone E.H.** Surgical management of pulmonary stenosis in Tetralogy of Fallot. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1977; 74:382-95.

25. **Rao V., Kadletz M., Hornberger L.K. et al.** Preservation of the pulmonary valve complex in Tetralogy of Fallot: how small is too small? *Ann Thorac Surg* 2000; 69:176-80.

26. **Rowe S.A., Zahka K.G., Manolio T.A. et al.** Lung function and pulmonary regurgitation limit exercise capacity in postoperative Tetralogy of Fallot. *J Am Coll Cardiol* 1991; 17(2):461-466

27. **Sugita T., Ueda I., Matsumoto M. et al.** Repeated Procedure after radical surgery for Tetralogy of Fallot. *Ann Thorac Surg* 2000; 70:1507-10

28. **Singh G.K., Greenberg S.B., Iap I.S. et al.** Right ventricular function and exercise performance late after primary repair of Tetralogy of Fallot with the transannular patch in infancy. *Ann J Cardiol* 1998; 81: 1378 - 1382.

29. **d'Udekem Y., Oveart C., Grandjean F. et al.** Tetralogy of Fallot. Transannular and right ventricular Patching Equally affect late functional status. *Circulation* 2000; 102 (supl III):116-122.

30. **Van Arsdel G.S., Maharaj S., Tom J. et al.** What is the optimal age for repair of Tetralogy of Fallot? *Circulation* 2000; 102 (supl III) 123-129.

STUDII CLINICO-ȘTIINȚIFICE

DIAGNOSTICUL ȘI PROTEZAREA AUDITIVĂ A SURDITĂȚII SENSORONEURALE

S. Parii

Catedra Otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

48 patients with sensorineural hearing loss were supplied with hearing aid correction. The examination of patients included the following methods: tonal audiometry, speech audiometry, impedancemetry and distortion product otoacoustic emission. It was the first time that the testing of electroacoustic parameters of Hearing Instruments was carried out in Moldova. Therefore, formulas of Amplification Gain can be used.

Key words: sensorineural hearing loss, hearing aids, audiometry.

Conform datelor prezentate de OMS (Organizația Mondială a Sănătății) (1995) peste 120 milioane din populația globului pământesc suferă de deficiență de auz și acest număr este în creștere [8]. Dereglările auditive dăunează dezvoltării intelectuale a copiilor, de asemenea surditatea provoacă dificultăți vădite în încadrarea socială și activitatea profesională a maturilor [2,4,9].

În funcție de sediul leziunii care a produs hipoacuzia, se distinge:

1. Surditate de transmisie (este afectată urechea externă, urechea medie și urechea internă (până la celulele sensoriale a organului Corti));

2. Surditate de percepție sau sensoroneurală (care poate fi cohleară și retrocohleară);

3. Surditate mixtă (leziuni combinate a sistemului de percepție și de transmisie).

Una din metodele cele mai des întrebuințate a recuperării surdității sensoroneurale este protezarea auditivă.

Proteza auditivă reprezintă un amplificator, care restabilește funcția auditivă maximal apropiată de cea normală. Ea este compusă din [2,8]:

1. Partea de recepție (microfonul, bobina telefonică, întrerupătorul);

2. Partea de amplificare (tranzistor, circuit imprimat);

3. Regulator (de volum, tonalitate, intensitate);

4. Partea de emisie (receptorul, vibratorul, oliva auriculară);

5. Partea de alimentare (locul bateriei, bateria).

Corecția hipoacuziilor prin protezare auditivă abordează problema alegerii și adaptării cât mai corecte a aparatului auditiv la tipul și gradul hipoacuziei.

Prezența acufenelor, recrutmentului, cu îngustarea diapazonului dinamic al auzului la bolnavii cu surditate de percepție, face foarte dificilă alegerea corectă a unei proteze auditive. În acest context, prescrierea protezei auditive implică utilizarea unor formule de calcul pentru estimarea utilității protezei pentru pacient. Formulele de calcul pentru protezare pot fi semnificativ diferite unele față de altele, dar toate se bazează pe aceleași principii: diferiți indivizi au nevoie de proteze electroacustice diferite; există o logică ce unește parametrii electroacustici cu cei audiologici [7,8,10].

SCOPUL

Scopul lucrării efectuate este studierea eficacității protezării electroacustice a auzului prin efectuarea metodelor subiective și obiective de diagnostic a surdității, precum și utilizării standardelor de testare a protezelor auditive și a formulelor de calcul a câștigului de amplificare necesar.

MATERIALE ȘI METODE

Drept obiect de studiu au constituit 48 pacienți cu surditate sensoroneurală bilaterală. Vârsta a variat între 14 și 40 ani (copii până la 18 ani – 25 (52,1%), maturi – 23 (47,9%)). Sexul: masculin – 21 (43,8%), feminin – 27 (56,2%).

La toți bolnavii au fost efectuate următoarele investigații (după examenul ORL general):

1. Acumetria fonică. Efectuată cu și fără aparat auditiv.
2. Audiometria tonală liminară (efectuată cu casca de telefon pe spectrul frecvențelor cuprinse între 125 – 8000 Hz. cu determinarea frecvențelor intraoctavice, 1500, 3000 Hz. (are o importanță deosebită la audioprotezare) [3] și cu vibratorul osos). Audiometria tonală supraliminară (a prevăzut testul Si-Si efectuat la frecvențele 500, 2000 Hz. și determinarea nivelului de discomfort la frecvențele 500-4000 Hz).
3. Audiometria tonală liminală în câmp liber la frecvențele 500-4000 Hz. a fost efectuată cu proteza auditivă, ținând cont că câștigul primit trebuia să coincidă cu cel estimat cu +, - 5 – 10 Db (Decibeli).
4. Audiometria vocală (cu casca de telefon și vibrator – s-a determinat pragul de înțelegibilitate și înțelegibilitate absolută) [6]. A fost efectuată în câmp liber după protezare auditivă.
5. Impedansmetria, care a inclus: timpanometria și înregistrarea reflexului mușchiului stapedian la frecvențele 500, 1000, 2000 Hz. În incidență ipsilaterală și controlaterală.
6. Otoemisia acustică înregistrată pe produs de distorsiune la intensitatea de 70 db. SPL (2f1-f2) la raportul intensităților tonurilor pure de: L1=L2 și L1>L2 cu 6 db.

Aparatele auditive au fost testate conform standardelor IEC-118 [5], câștigul necesar al protezei a fost calculat automat, utilizând formulele NAL (Laboratorul Acustic Național din Australia) NR (formula cea mai recunoscută la moment în lume) [1]. Aceste metode au fost efectuate la aparatul „Rastronics Potra REM 2000” (dispozitiv ce include în sine camera cu cuplerul de 2 cm³).

43 (89,6%) pacienți au fost protezați monoaural, 5 (10,4%) – binaural. Au fost utilizate aparate auditive a următoarelor companii: „Siemens” (Germania), „Widex” (Danemarca), „Tondi Electronic” (Estonia).

REZULTATELE OBTINUTE

Drept factori etiologici a surdității sensoroneurale au fost stabiliți: patologie perinatală a SNC (Sistemul Nervos Central) în 11 cazuri, ceea ce constituie 22,9%; afecțiuni vasculare – 9 (18,8%); infecții – 9 (18,8%); intoxicații medicamentoase – 8 (16,7%); traumatisme craniocerebrale – 5 (10,4%). În 6 (12,4%) cazuri cauza surdității nu a fost stabilită.

Deficiența de auz determinată la audiometria tonală liminală a constituit în medie 65 Db. (surditate ușoară – 24 (25,0%), medie – 42 (43,8%), severă – 22 (22,9%), profundă – 8 (8,3%) urechi examinate), la frecvențele 500-2000 Hz. Conform clasificării recomandate de Biroul Internațional de Fono-Audiologie, nivelul de discomfort a constituit în medie 90 Db. Si-Si testul a avut valorile de 40 % la 500 Hz. și 75 % la 2000 Hz. Acești indici au relatat prezența recrutmentului. La audiometria vocală am constatat prezența micșorării paradoxale a înțelegibilității cuvintelor, ce de asemenea este un factor al recrutmentului.

La impedansmetrie am obținut timpanograme tip A, reflexul mușchiului stapedian ipsilateral a avut valorile medii de 85-90 db. SPL. Cel controlateral a fost de regulă cu 5-10 db. mai ridicat, comparativ cu cel ipsilateral și a lipsit în 7 cazuri.

Produsele de distorsiune a otoemisie acustice nu s-au înregistrat la frecvențele 1000-6000 Hz. la pacienții cu o hipoacuzie superioară de 45-50 Db., fapt care relatează implicarea în procesul patologic a organului Corti.

În continuare a fost calculat nivelul de amplificare necesar pentru fiecare caz în parte. Ulterior a fost efectuată testarea parametrilor electroacustici a protezelor auditive, unde sa stabilit nivelul presiunii de saturație a sunetelor, câștigul protezei, câștigul în cadrul testului de referință, nivelul zgomotelor interne ale aparatului auditiv, nivelul distorsiunilor armonice și posibilitățile limitării nivelului de ieșire a protezei auditive. Acești parametri importanți au fost reglați în dependență de gradul de surditate și diapazonul dinamic al auzului pacienților.

Controlul eficacității protezării auditive sa produs grație acumetriei fonice, audiometriei tonale în câmp liber și audiometriei vocale în câmp liber care au fost efectuate fără, apoi cu aparatul auditiv. Acumetria fonică a indicat perceperea vocii conversate peste 5 metri la urechea protezată la toți pacienții. La audiometria tonală efectuată la frecvențele 500-4000 Hz. am obținut micșorarea pragurilor de percepere a tonurilor pure cu 15-50 db. În dependență de frecvență, adică amplificarea obținută a fost egală sau + ori – 5 db. cu amplificarea estimată. Audiometria vocală a determinat că procentul de înțelegibilitate sa ridicat până la 80-100 % la intensități mai mici cu 15-25 Db., în comparație cu metoda efectuată fără proteză auditivă.

CONCLUZII

1. Pentru diagnosticul surdității neurosensoriale este necesar de a efectua un complex de metode subiective (audiometria tonală, audiometria vocală) și obiective (impedansmetria, înregistrarea otoemisie acustice), care sunt de o mare importanță pentru alegerea ulterioară a protezei auditive în caz de necesitate.
2. Utilizarea formulelor de calcul a câștigului estimat al aparatului auditiv sunt valoroase în cadrul protezării auditive.
3. Pentru alegerea corectă a protezei auditive, deci pentru majorarea eficacității protezării auditive este necesar de a efectua testarea parametrilor electroacustici ale aparatelor auditive.

BIBLIOGRAFIE

1. Byrne D., Dillon H. „The National Acoustic Laboratories (NAL) New Procedure for Selecting the Gain and Frequency Response of a Hearing Aid.”// Ear and Hearing 1986, vol. 7, N 4. pp. 257-265.
2. Girbea Șt. „Otologie”// Monografie. București, 1983.
3. Pascu A. „Audiometrie”// Monografie. București, 2000.
4. Chiaburu A. „Diagnosticul surdității sensoroneurale la copiii de vârstă precoce cu patologii perinatală a sistemului nervos central”. // Teză de doctorat. Chișinău, 2002.
5. International Electrotechnical Commission (IEC) Publication 118-202 ed. 1983. Geneva, Switzerland. Hearing Aids. Part 2. Hearing Aids with Automatic Gain Control Circuits.
6. Șerban S. Analiza informatizată a materialului fonetic propus pentru audiometria vocală. // Rezumatul tezei de doctorat. București, 2001.
7. Vodă I. Aspecte privind alegerea aparatelor auditive // „Audionews” N1, 2002.
8. Базаров В.Г., Мороз Б.С., Лисовский В.А., „Основы аудиологии и слухопротезирования”, // Монография. Москва, 1984.
9. Резолюция Исполнительного Комитета ВОЗ./Девяносто пятая сессия. Пункт 11.1/ 25 января 1995.
10. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии.// Монография. Москва, 1997.
11. Таварткиладзе Г.А., Шишкина Е.И., Кириллова И.П. Основные стратегии расчета оптимальных параметров электроакустической коррекции // Пособие для врачей.- М.1997.

LAPAROSCOPIA ÎN UROLOGIE

A. Axenti¹, M. Lucan², C. Burghilea³

¹ Catedra „Urgențe Medicale”, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

² Institutul Clinic de Urologie și Transplant Renal, Cluj-Napoca

³ UMF „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

Laparoscopy has begun to have a significant impact on the management of urologic problems. Although initially limited to diagnostic pediatric problems, it has more recently been used to resolve myriad adult urologic conditions. A retroperitoneal access is commonly used for open urological procedures. Since the introduction of the balloon dissecting technique by Gaur this anatomical route has also been used for laparoscopic surgery. We present our experience with retroperitoneoscopy in 196 cases.

Key words: laparoscopy, urology, balloun dissecting

INTRODUCERE

Odată cu apariția tehnicii retroperitoneoscopice de dilatare cu balon, accesul la organele retroperitoneale a devenit mult mai facil. Utilizarea balonului în medicină este frecvent întâlnită, dar în prepararea prin dilatare a spațiului retroperitoneal este un concept nou. Astfel, practic toate organele retroperitoneale pot fi accesate prin această tehnică și, odată cu dezvoltarea instrumentelor laparoscopice de generația a II și III, este posibilă efectuarea majorității intervențiilor urologice. Mai mult ca atât, implicațiile vaste ar crește, cu timpul, interesul chirurgilor laparoscopiști din alte specialități.

MATERIALE ȘI METODE

În articol se prezintă experiența Institutului Clinic de Urologie și Transplant Renal din Cluj-Napoca în realizarea tehnicii laparoscopice în urologie. Este analizată o perioadă de trei ani de activitate laparoscopică, din noiembrie 1998 până în decembrie 2001 inclusiv. Pe parcursul acestei perioade au fost efectuate 196 de intervenții laparoscopice la 194 de pacienți. Vârsta pacienților operați a fost cuprinsă între 6 și 75 de ani, vârsta medie fiind de 41,7 ani. Au fost efectuate următoarele intervenții: 73 nefrectomii, 72 rezecții de chist renal simptomatic, 24 ureterolitotomii, 6 heminefrectomii, 5 pielolitotomii, 5 chistectomii ovariene, 3 suprarenalectomii, 3 nefropexii, 2 pieloplastii și 3 altele. Disecția spațiului retroperitoneal în toate

cazurile a fost efectuată prin tehnica Gaur de disecție cu balonul și digitală.

REZULTATE

Durata intervențiilor a fost condiționată de patologia organului abordat și de curba de experiență a chirurgului, variind de la 21 până la 118 min. Astfel, durata medie de operație a fost de: 43 de minute pentru nefrectomie (cu limitele între 27 și 115 minute), 28 minute pentru chistectomia renală (limitele între 10 și 60 minute) și de 36 minute pentru ureterolitotomie (fig. 1). Hemoragia intervențională a fost de un volum neînsemnat pentru majoritatea cazurilor, nedepășind 30-150 ml de sânge.

Complicații intra- și postoperatorii s-au notat la 18 pacienți (9,1 %), incluzând hemoragii active la 14 pacienți (7,1 %), hipercarbie la 2 pacienți (1 %) și lezarea peritoneului la 2 (1 %). Conversie la operație deschisă a fost necesară în 6 cazuri (3,1 %), condiționată de hemoragii intraoperatorii nestopabile și de dificultăți de disecție. Reintervenția a fost indicată la 3 pacienți (1,5 %), cauzată de o hemoragie tardivă la un caz, un caz de formare de colecție purulentă (urinom infectat) și altul – fistulă urinară. În ultimele 80 de intervenții nu s-au notat conversii, fiind prezentă doar o singură reintervenție (formarea urinomului după o heminefrectomie laparoscopică).

Durata medie de spitalizare a fost de 2,3 zile pentru chistectomie renală; 5,2 zile pentru nefrectomie; 5,4 zile pentru ureterolitotomie și de 4,6 zile pentru suprarenalectomie (fig. 2).

Fig. 1

Durata medie de operație (în minute)

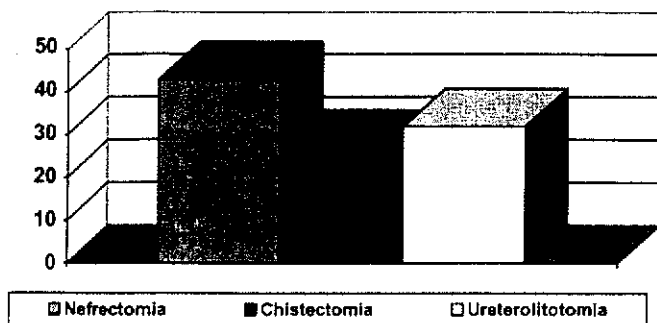
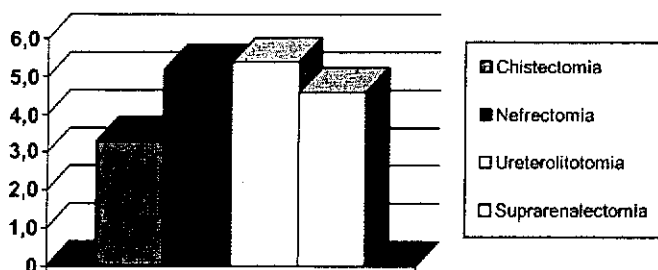


Fig. 2

Durata medie de spitalizare (în zile)



DISCUȚII

În urologie, implimentarea tehnicilor laparoscopice este o concepție nouă, dar deja s-a dovedit a fi avantajoasă în tratamentul diferitor patologii. Folosirea tehnicilor endoscopice a fost acceptată în urologie de mult timp ca proceduri „endoluminale”. Manipulările cistoscopice, ureteroscopice și nefroscopice au devenit metode standard de tratament al calculului urinar, tumorilor vezicii urinare, hipertrofiei benigne de prostată, obstrucției colului vezical etc. Procedurile „exo-luminale” sunt înlocuite cu metode laparoscopice. Acestea se pot clasifica în 4 categorii (tab. 1) [1]:

- Proceduri diagnostice;
- Proceduri simple de incizii și clipare;
- Proceduri avansate;
- Proceduri reconstructive;

Implementarea colecistectomiei laparoscopice de Mouret în 1987 a plasat chirurgia miniinvazivă într-o nouă etapă [2].

Cu o experiență de durată în procedurile endoscopice, comunitatea urologică, inițial, a fost entuziasmată pentru laparoscopie.

În 1976, Cortesi și coautorii [3], au raportat localizarea testiculelor nepalpabile, iar Eshghi și colegii [4], în 1985, au descris folosirea laparoscopiei în nefrolitotomia percutană directă, în caz de rinichi situat în bazin. Potențialul de utilizare a chirurgiei laparoscopice la pacienți urologici a devenit evident odată cu apariția lucrărilor investigative a lui Winfield și Ryan [5] la porcine, urmate de primul raport clinic de limfadenectomie pelvică laparoscopică pentru cancer de prostată de Schuessler și coautori [6]. Primul raport major de procedură laparoscopică renală a constituit nefrectomia

Tab. 1

Clasificarea procedurilor laparoscopice în urologie

Proceduri diagnostice	Proceduri simple de incizii și clipare	Proceduri avansate	Proceduri reconstructive
Biopsia renală	Drenarea limfocelului	Ureterolitotomia retroperitoneală	Nefropexia
Localizarea și evaluarea testiculului nepalpabil	Decorticarea chistului renal	Nefrectomie simplă	Pieloplastie laparoscopică Y-V/Anderson Heynes
Examinarea gonadală	Drenarea absceselor renale	Nefrectomie radicală	Ureterostomie percutanată
Supravegherea tumorii	Marsupializarea laparoscopică a chisturilor renale	Nefroureterectomie	Suspensia colului vezical pentru incontinența de efort
Biopsia laparoscopică	Varicocelelectomie	Adrenalectomie	Ureteroneocistostomie
	Adezioliza	Disecția nodurilor limfatice pelvieni	Apendicovezicostomie
	Revizia cateterului pentru dializa peritoneală	Orhidectomia laparoscopică	Orhidopexia lap. Disecția nodurilor limfatice retroperitoneale
Hernioplastia lap.			

laparoscopică, efectuată de Clayman și colegii [7], la 25 iunie 1990. La moment, procedurile laparoscopice sunt la diferite stadii de dezvoltare. Unele, așa ca nefrectomia simplă laparoscopică, au fost descrise de nenumărate ori la sute de pacienți. Altele, așa ca nefrectomia laparoscopică asistată pe donator viu, a fost raportată doar de câteva centre pe un număr mic de bolnavi.

Criteriile de clasificare a procedurilor laparoscopice sunt modificate și dezvoltate de Gill și coautorii [8]. Procedurile stabilite sunt cele, ce au fost raportate în 3 și mai multe serii, de diferite instituții, cu 10 pacienți și mai mult fiecare.

Procedurile în tranșă au fost raportate în literatură mai rar, dar cel puțin în 2 serii separate a câte 5 și mai mulți pacienți. Procedurile unice, includ toate celelalte proceduri laparoscopice renale descrise în literatura clinică.

CONCLUZII

Chirurgia laparoscopică renală a fost pe larg abordată în literatură; practic toate procedurile renale deschise au fost dublate sau aproximativ modelate laparoscopic. Cu toate acestea, metoda laparoscopică în patologii renale nu a atins acceptul larg clinic, din cauza precauțiilor privind dificultățile clinice, timpul mai mare al intervențiilor, și limitele metodei minimal invazive în cazul înlăturării neoplasmelor.

Comparativ cu tehnica deschisă, laparoscopia micșorează dimensiunile inciziei, rezultând în beneficii cosmetice evidente, și ce-i mai important, reduce letalitatea. Pacienții laparoscopici suferă mai puțină durere postoperatorie, o durată de spitalizare mai mică, realizează restabilire pulmonară mai precoce, și se reîntorc la activitatea normală mai rapid. Însă, procedurile laparoscopice sunt de regulă, mai complicate, ca respectivele tehnici deschise, necesitând deprinderi tehnice. Mai mult ca atât,

costul este mai mare decât în chirurgia deschisă, din cauza instrumentarului suplimentar și duratei mai mari a intervenției.

BIBLIOGRAFIA

1. Sanjay B. Kulkarni: Laparoscopic urology: Issue special. // Bombay Hospital Journal, 1997.
2. Filipi C.J., Fitzgibbons R.J., Salerno G.: Historical review: Diagnostic laparoscopy to laparoscopic cholecystectomy and beyond, in Zucker ZA (ed): // Surgical Laparoscopy. St. Louis, Mo., Quality Medical Publishing, 1991.
3. Cortesi N., Ferrari P., Zambarda E. et al. Diagnosis of bilateral cryptorchidism by laparoscopy. // Endoscopy 8:33, 1976.
4. Eshghi A.M., Roth J.S., Smith A.D. Percutaneous transperitoneal approach to a pelvic kidney for endourological removal of a staghorn calculus. // J Urol 134:525-527, 1985.
5. Winfield H.N., Ryan K.J. Laparoscopy: New urological applications. // J Urol, 141(suppl): 176A, 1989. Abstract 25.
6. Schuessler W.W., Vancaillie T.G., Reich H. et al. Transperitoneal endosurgical lymphadenectomy in patients with localized prostate cancer. // J Urol 145:988-991, 1991.
7. Clayman R.V., Kavoussi L.R., Soper N.J. et al. Laparoscopic nephrectomy: Initial case report. // J Urol 146:278-282, 1991.
8. Gill L.S., Clayman R.V., McDougall E.M. Advances in urological laparoscopy. // J Urol 154:1275-1294, 1995.

TRATAMENTUL EVENTRAȚIILOR POSTOPERATORII MEDIUM, MARI ȘI GIGANTE DE RECIDIVĂ.

A. Botezatu¹, V. Ianov²

¹ Spitalul Clinic Republican, orașul Tiraspol, Republica Moldova.

² UST, facultatea de medicină.

Even though now are known a lot of surgical methods of treatment of postoperative eventrations, is commanding number of relapses of middle, big and giant postoperative eventrations, which set up 40-50 per cent of persons having undergone an operations. This article unveil the advantages and drawbacks of various methods of plastic surgery of relapsed hernias and describe the plastic surgery's method utilised in Tiraspol clinic.

Key words: hernia, postoperative eventration, relapses

Necâtând la faptul că sunt cunoscute multiple metode chirurgicale de corecție a eventrațiilor postoperatorii (autoplastice, aloplastice ori combinațiile acestora), este impunător numărul recidivelor de eventrații postoperatorii mari și gigante, care constituie 40 – 50 la sută din totalul bolnavilor operați. Metodele autoplastice, la părerea noastră pot fi recomandate doar în cazurile herniilor primare mici și medii. Țesuturile conjunctive din jurul defectului peretelui abdominal, în caz de hernie recidivată și multirecidivată, sunt de o calitate proastă din cauza cicatricelor și a procesului avansat de atrofie și subțiere. Autoplastia herniilor medii, mari ori gigante, în condiții când țesuturile sunt expuse unei extenzii pronunțate, duc la necrotizare și fisurare în jurul suturilor aplicate și, ca rezultat, la insuccesul intervenției. Deci, situația ne impune să apelăm, în aceste cazuri, la materiale suplimentare de natură biologică sau sintetică, care fiind aplicate sporesc trăinicia și siguranța hernioplastiei.

Clinica în care activăm, pe parcursul ultimilor 18 ani practicăm implantarea autodermei pentru substituirea sau întărirea peretelui abdominal în caz de hernii atât primare, cât și postoperatorii (avem operați circa 600 bolnavi).

De ce anume pielea?

După domnul doctor Octav Traianescu [1] grefa cutanată are următoarele avantaje:

1. Este totdeauna la dispoziția chirurgului (se recuperează din regiunea plăgii operatorii).
2. Prelucrarea sa este extrem de simplă.
3. Din punct de vedere structural ea constituie un material plastic excelent, în special pentru herniile mari.
4. Se integrează foarte bine în organism.
5. Prin transformarea sa metaplastică ea oferă o obturare solidă.

Din grefa cutanată, supusă unei prelucrări pregătim transplanturi după metoda descrisă de profesorul Ianov V.N. [2], care

în caz de hernii medii, mari și gigante le amplasăm conform figurilor 1, 2 și 3. [3]

Posedând o experiență bogată de implantare a transplantelor autodermice conform tehnologiei expuse, am constatat recidive în 9 la sută cazuri din operații cu hernii medii mari și gigante.

La părerea noastră, cauza insucceselor este condiționată de neglijarea activității biomecanice a mușchilor abdominali, care stă la baza apariției unei hernii pe linia medie.

În caz de hernie, medie mare ori gigantă apare o disbalanță biomecanică a peretelui abdominal: tracția laterală asigurată de

mușchii oblici și transversși este cu mult preponderentă față de cea longitudinală a mușchilor recti. În timp ce tecile postoperatorii ale mușchilor recti sunt expuse unei extensii pe direcție medială, în sus (după sacul hemial), tecile anterioare se contractă pe direcție laterală. Mușchii recti cu funcții diminuate se retrag lateral [4].

Acest fapt îl confirmă și studiul electromiografic, efectuat la bolnavii cu hernii medii mari și gigante în perioada preoperatorie, în care se constată o activitate bioelectrică vădit ridicată a mușchilor laterali și mult diminuată a celor recti (fig. 5).

Fig. 1

Transplantul autodermic deasupra căruia se suturează aponevroza pe traseul liniei albe: margine – la – margine.

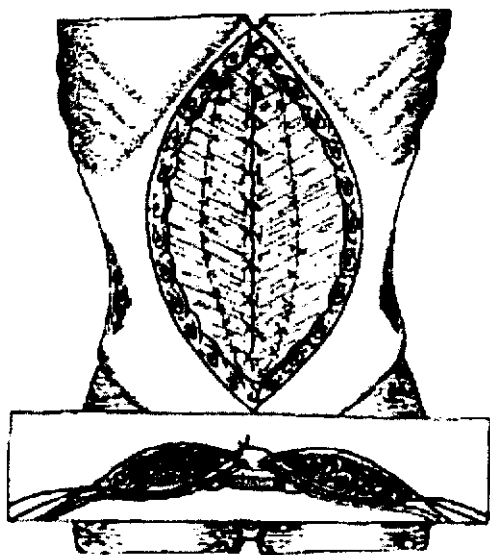


Fig. 3

Folosim două transplantate autodermice: unul inferior și altul superior aponevrozei.

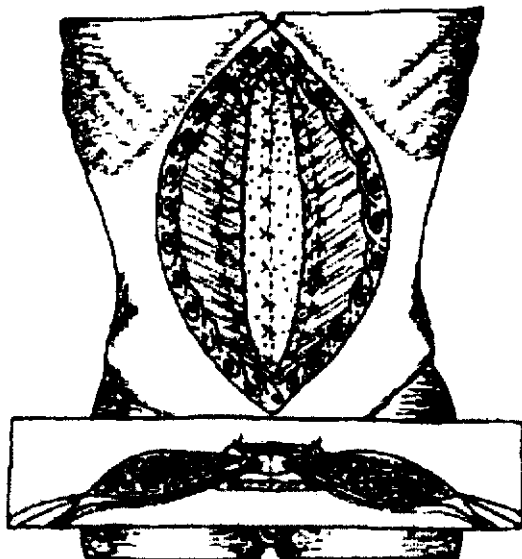


Fig. 2

După suturarea aponevrozei margine – la – margine, pe traseul liniei albe, superior se aplică „o cârpală” autodermică.

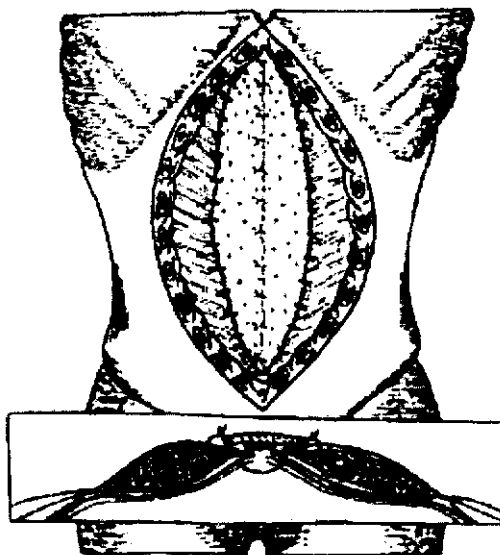
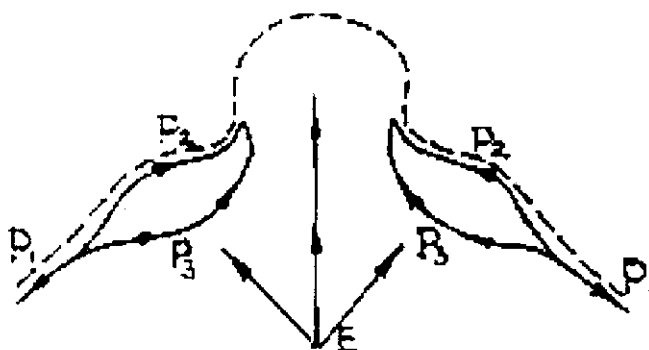


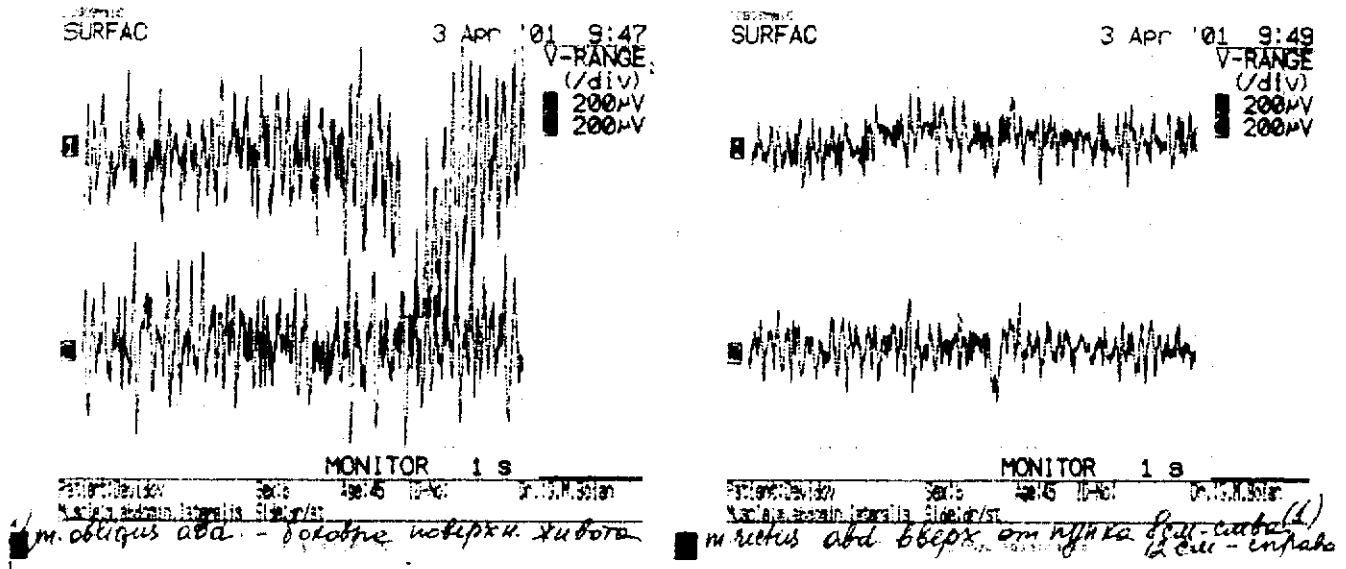
Fig. 4

Interacțiunea forțelor asupra peretelui abdominal pe caz de hernie medie.



P_1 – tracția laterală a mușchilor externi.
 P_2 – contrabalanța tecii anterioare a mușchilor recti.
 P_3 – contrabalanța tecii posterioare a mușchilor recti.
 E - tensiunea intraabdominală.

Fig. 5



Deci, scopul final – o plastie trainică a defectului abdominalului pe linia medie poate fi atins numai prin lichidarea acestei disfuncții a mușchilor peretelui abdominal și redobândirea funcției de „perdea elastică” a mușchilor recți ai abdomenului.

În continuarea acestui gând, venim în fața dumneavoastră, cu expunerea unei metode noi de hernioplastie, indicată în caz de recidive a herniei medii, mari ori gigante.[5].

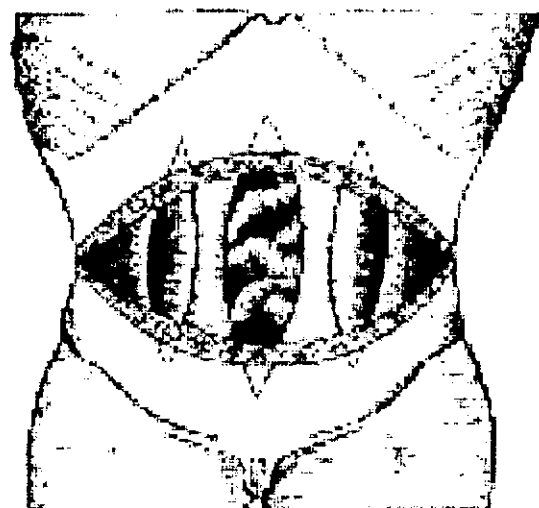
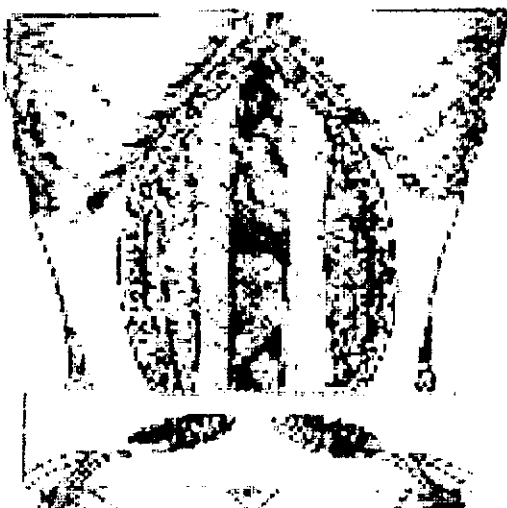
Metoda se reduce la un acces operator, care poate fi longitudinal, transversal sau o combinare dintre aceste două accese sub forma +.

Ultimele două sunt indicate atunci când herniile medii mari și gigante sunt asociate cu obezitate de gradul 3 și 4, în aceste cazuri considerăm lipectomia ca element operator obligator. Se efectuează excizia pielii în bloc cu țesutul celular adipos pe care minuțios îl separăm de aponevroză. Din grefa cutanată înlăturată (după metoda profesorului Ianov V.N.) se pregătește

un transplant. Din autoderma prelucrată se pregătesc două transplante semiovale de 20 – 22 cm lungime și 5 – 6 cm lățime, și o strie autodermică cu lungimea de 80 – 90 cm și lățimea 0,3 – 0,4 cm, care pe o perioadă de timp se cufundă în soluție de antibiotic. Se separă sacul hernial. După deschiderea lui se efectuează o visceroliză între sacul hernial și organele abdomenului. După indicații se efectuează rezecția omentului mare. Sacul hernial este excizat la nivelul gâtului, organele interne fiind repuse în abdomen. Operația continuă cu mobilizarea aponevrozei peretelui abdominal separând-o de țesutul subcutanat adipos. Lateral mobilizarea se termină cu 2 – 3 cm după liniile lui Spigheli, în partea superioară la nivelul rebordului costal și cea inferioară – la nivelul liniei Douglas. Longitudinal se efectuează secționarea aponevrozei mușchilor oblici externi din ambele părți pe tot traseul liniilor Spigheli (fig. 6, fig. 7, fig. 8).

Fig. 6

Fig. 7



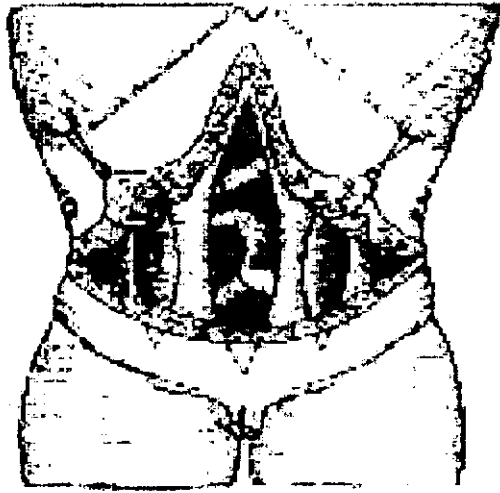


Fig. 8

După acest procedeu, se efectuează, fără efort, amplasarea spre mijloc a mușchilor recti cu tecile lor, care se fixează cu stria autodermică. Sutura de tip continuu o facem cu ajutorul unui ac chirurgical (fig. 9). [6] Acul se deosebește prin simplitatea sa. Sutura autodermică se invaginează pe tot traseul ei aplicând un rând de suturi nodulare între tecile anterioare ale mușchilor recti. Concomitent, prin invaginare se lichidează și diastaza liniei albe, superior până la apendicele xifoid, inferior până la muntele Venus. Defectele musculo - aponevrotice, apă-

rute după deplasarea mușchilor recti medial, se substituie cu transplant autodermice unice, amplasate longitudinal și fixate dintr-o parte către tecile mușchilor recti, iar pe partea opusă către aponevroza mușchilor oblici externi (fig. 10).

Ulterior, în transplant se aplică câte 2 fisuri pentru a evita acumularea lichidului sub ele. Superior transplantelor, în poziție longitudinală se amplasează drenuri tubulare cu multe fisuri laterale pentru a evacua ceea ce se elimină în spațiul subcutanat în perioada postoperatorie precoce. Rana se suturează după cum a fost aplicat accesul operator.

După metoda expusă, pe parcursul ultimilor 2,5 ani, în secția de chirurgie a 1 a spitalului clinic republican din or. Tiraspol au fost operați 20 de bolnavi: 2 bărbați și 18 femei. Din ei, 8 bolnavi (40%) erau de vârstă avansată: de la 61 până la 71 ani, ceilalți 12 (60%) aveau vârsta medie de 47,6 ani. Tuturor pacienților li se stabilise diagnosticul de hernie recidivantă, la 10 (50%) din ei - multirecidivantă (2-4 operații). 3 (15%) dintre pacienți au fost spitalizați de urgență cauzele fiind: ocluzie intestinală acută - 2, ulcer duodenal perforat - 1; ceilalți 17 (75%) bolnavi au fost spitalizați în mod programat. La momentul spitalizării la 6 (30%) bolnavi persistau: fistule de suturi cu microabscese, ulcere trofice de cicatrice, o fistulă a intestinului gros.

Patologia asociată era reprezentată prin: obezitatea a peretelui abdominal de gradul 3-4 la 7 (35%) bolnavi; ocluzie intestinală acută - 2 (10%) bolnavi; ocluzie intestinală cronică - 4 (20%) bolnavi; tromboflebită cronică a vaselor membrelor inferioare la 2 (10%) bolnavi, ulcer duodenal perforat la 1 (5%) bolnavă. În 20 la sută cazuri (4 bolnavi) nu s-a depistat patologie asociată.

La toți cei operați herniile erau multicamerale, cu multe fisuri herniale pe fon de diastază de gradul II-III al liniei albe. Dimensiunile defectului peretelui abdominal pe linia mediană, după desecarea lamelor fibroase dintre orificii, era de la 15 până la 30 cm., în medie 22,5 cm., cu o diastază musculară de la 10 până la 20 cm., în medie 14 cm.

Simultan cu hernioplastia au fost efectuate: lipectomii la 4 (20%) bolnavi; visciroliza, lichidarea ocluziilor intestinale acute (2 - 10%) și cronice (4 - 20%); excizia ulcerului duodenal perforant - 1 (5%) bolnavă; excizia fistulei intestinului gros - 1

Fig. 9

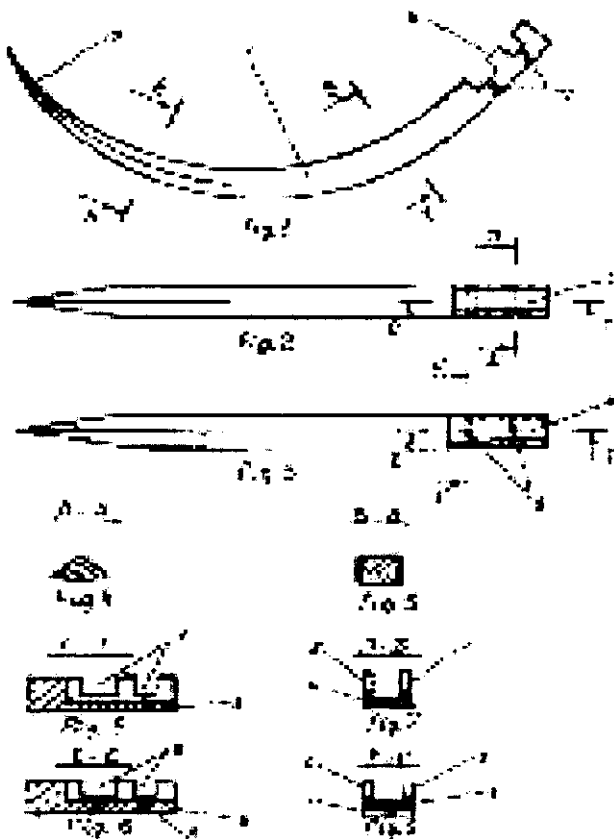
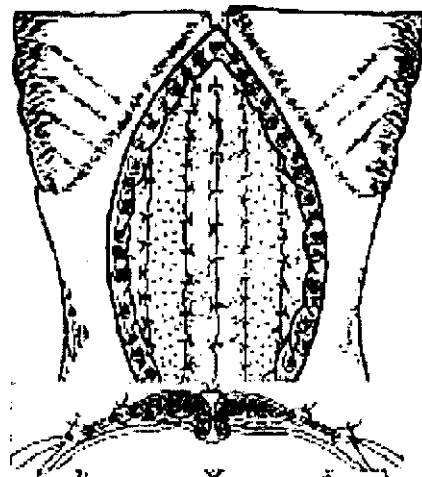


Fig. 10



(5%) bolnavă, cistectomie ovariană – 1 (5%) caz; apendectomia – 1 (5%) caz (semne de apendicita cronică). Rezecția omentului mare sa efectuat la 3 (15%) bolnavi.

Perioada postoperatorie a decurs fără complicații la 18 (90%) dintre cei operați. Drenurile subcutanate au fost înlăturate la 6 – 12 zi după operație (odată cu dispariția eliminărilor limfosanguinice), suturile fiind scoase la ziua a 16 – 18 (când se formează o cicatrice cutanată dură, evitându-se retracțiile marginale ale pielii). Complicații postoperatorii: 1 (10%) caz de necroză marginală a pielii, 1 (10%) caz de tromboembolie pulmonară la o bolnavă de 67 ani care a decedat subit la a 13-ea zi după operație.

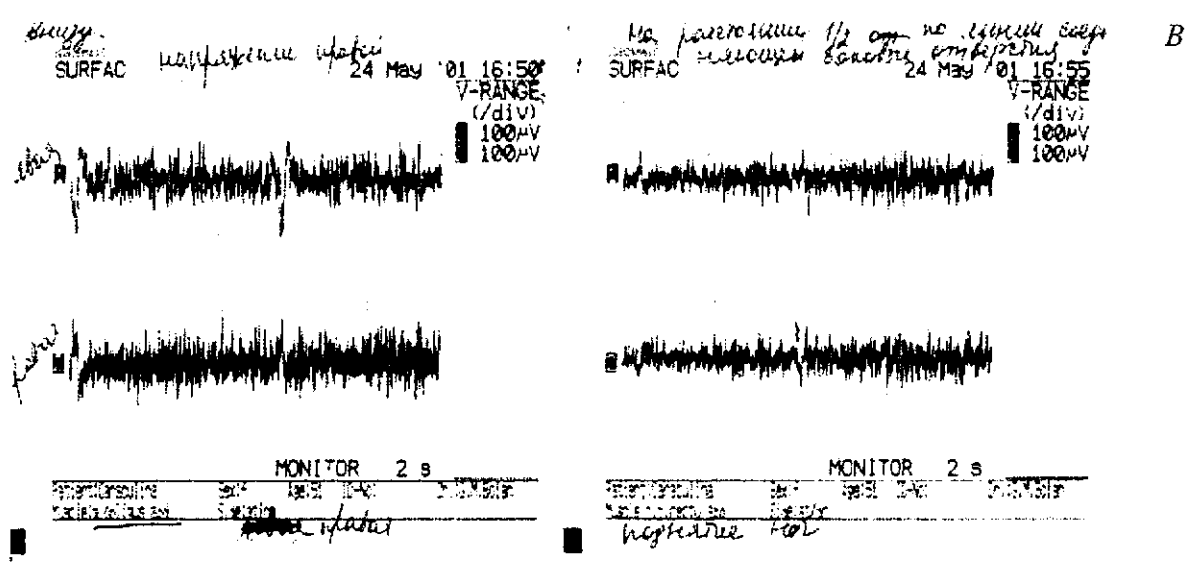
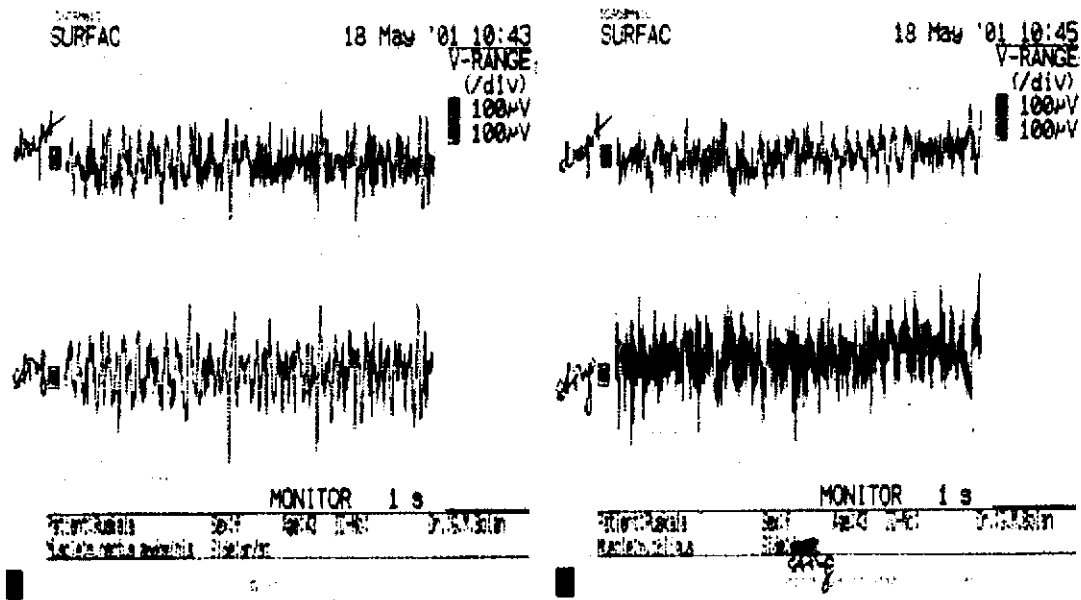
Metoda de hernioplastie prezentată, la părerea noastră este intermeiată din punct de vedere patogenetic. Secționând aponevroza mușchilor oblici externi, pe de o parte lichidăm contractura

survenită, pe de altă parte permitem amplasarea liberă a mușchilor recti medial (dat fiind diminuată tracția laterală). Fixarea lor pe linia medie, după procedeul expus mai sus, este trainică și permite formarea pe viitor a unei cicatrice sănătoase și dure. Funcția mușchilor recti pierdută sau diminuată pe parcursul bolii se restabilește. Amplasând transplantate autodermice în plăgile musculo-aponevrotice pararectale, minimalizăm posibilitatea apariției herniilor laterale.

În rezultatul procedurii operator aplicat tracția longitudinală și cea laterală a mușchilor abdominali revine în balanță, ceea ce se confirmă prin studiul electromiografic efectuat bolnavii operați. (Fig. 11 a, b).

Rezultatele postoperatorii tardive se studiază, până actualmente nu s-au depistat cazuri de recidive a herniilor.

Fig. 11



BIBLOGRAFIE

1. Troianescu O. „Chirurgia herniilor” București, 1959 pg.27-28.
2. Янов В.Н. „Вестник хирургии” № 9, 1975г. стр. 90 – 91 „Термическая обработка аутодермальных имплантантов”.
3. Янов В.Н. „Вестник хирургии” № 7, 1974 г. стр. 68 – 71 „Аутодермальная пластика брюшной стенки при послеоперационных грыжах”.
4. Гиреев Г. И. и соавт. „Хирургия” № 7, 1997 г. стр 58 – 61 „Лечение грыж белой линии и диастаза прямых мышц живота”.
5. Botezatu A. Brevet de invenție a 1915, AGEPI, R.M. „Metodă de hernioplastică a herniilor postoperatorii ventrale gigantice de recidivă în asociere cu obezitate”.
6. Botezatu A. Brevet de invencie a 1806, AGEPI, R.M. „Ac chirurgical (variante)”.

SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT

EVALUAREA ȘI ACREDITAREA UNITĂȚILOR MEDICO-SANITARE ȘI FARMACEUTICE DIN REPUBLICA MOLDOVA ÎN PERIOADA SEPTEMBRIE 2002 – MARTIE 2003

Maria Bolocan

Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

Accreditation is the modality to estimate the quality of medical services effected of professional experts through complex assessment method of medical and pharmaceutical establishment. In this article are presented the medical establishments from Republic of Moldova, which were accredited.

Key words: accreditation, quality, medical and pharmaceutical services

Acreditarea reprezintă o activitate, orientată spre aprecierea calității serviciilor medicale, efectuată de către experți profesioniști prin metoda de evaluare complexă a instituției medicale sau farmaceutice. O Unitate Medico-Sanitară sau Farmaceutică și personalul ei pot fi acreditate dacă sunt competente să execute activitățile specifice profilului în conformitate cu standardele și actele medicale și farmaceutice normative și legislative în vigoare.

În context internațional, pentru prima dată, acreditarea a luat naștere în Statele Unite ale Americii, datorită grijii Colegiului American de chirurgie față de asistența medicală. În anul 1915 s-a cerut unor pacienți să trimită individual fișele medicale pentru evaluare. S-a stabilit, că fișele erau sărace și nu permiteau evaluarea competenței clinice. Această constatare a dus la convocarea unei conferințe a medicilor și a administratorilor spitalelor, la care s-au definit standardele minime pentru fișele medicale și pentru organizarea unei asistențe de bună calitate. În 1917 Asociația Americană a chirurgilor a publicat „Standardele Minime pentru Spitale”, la început în volum de o pagină, iar în 1928 a fost publicat un manual cu standarde care conținea 18 pagini. Către anul 1950 acreditarea a fost pe larg răspândită în SUA și Canada și peste 3200 de spitale au fost acreditate.

În anii 1970 acreditarea a fost exportată din Canada în Australia, apoi în Europa (în 1980). În Europa a fost creată Cooperarea Europeană în Acreditare (EA), care este organul ce reglementează activitatea de acreditare. Membri ai EA sunt: Austria, Belgia, Danemarca, Finlanda, Franța, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Olanda, Norvegia, Portugalia, Spania, Suedia, Elveția, Marea Britanie. În calitate de membri-asociați sunt: România, Cehia, Ungaria, Slovenia, Slovacia, Lituania, Letonia, Estonia.

Aderarea Republicii Moldova la această prestigioasă organizație poate fi realizată prin intermediul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate, recent constituit pe lângă Ministerul Sănătății. În anul 2001, la nivel Guvernamental, a fost creat cadrul legislativ al sistemului de evaluare și acreditare a Unităților Medico – Sanitare și Farmaceutice din Republica Moldova prin Legea a 552-XV de la 18.10.2001 „Privind evaluarea și acreditarea în sănătate”. Ulterior, prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova a 526 de la 29.04.2002 „Cu privire la crearea Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate și ordinul Ministrului Sănătății nr.45 p.3 din 07.06.2002 a fost creat Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate (CNEAS) și aprobat Regulamentul lui. Conform ordinului Ministrului Sănătății nr.169 din 27.06.2002 a fost creat Prezidiul Consiliului ca organ de administrare, în componența căruia au fost incluse 9 persoane:

1. Dumitru Tintiuc – Președintele Prezidiului, viceministru al sănătății.
2. Boris Goroșenco – Șeful direcției Principale Programe, Licențiere și Acreditare.
3. Gheorghe Rusu – Directorul Companiei Naționale de Asigurări în Sănătate.
4. Ghenadie Damașcan – Consultant, Compania Națională de Asigurări în Medicină.
5. Maria Bolocan – Director executiv al Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate.
6. Gheorghe Ghidirim – Președintele Ligii Medicilor din Republica Moldova.
7. Vasilii Procopișin – Președintele Asociației Farmaciștilor din RM.

8. Mihai Dutca – Vicepreședintele Sindicatului „Sănătate”.

9. Mihai Darie – Vicepreședintele Asociației surzilor din RM.

Ulterior, în baza ordinului nr. 355 din 26.12. 02 a fost formată Comisia de Cenzori ca organ de control, în număr de trei persoane:

1. Lilia Gantea – Consultant în Direcția Principală Economie, Finanțe și Evidența Contabilă a Ministerului Sănătății.

2. Maria Cojocaru-Toma – Șefa inspectoratului de Stat Farmaceutic.

3. Lidia Bodrug – Vice director al Direcției Contabilitate și Evidență a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

La ședința Prezidiului CNEAS au fost selectați și întăriți prin ordinul Nr.28 de la 07.02.2003 al Prezidiului Consiliului lista experților-vizitatori, specialiști de diferite genuri de activitate, cu grad științific sau categorie superioară de calificare, cu un stagiu de muncă în domeniu nu mai mic de 10 ani, calitățile cărora corespund cu codul expertului elaborat de CNEAS.

În perioada iunie-decembrie 2002 CNEAS a realizat următoarele măsuri:

- Elaborat taxele pentru Evaluarea și Acreditarea în Sănătate pentru 2002-2003, aprobate prin Hotărârea de Guvern nr.1108 din 20.08.2002.

- Elaborat și aprobat Standardele Naționale de Evaluare și Acreditare pentru Unitățile Medico-Sanitare, Farmaceutice și Centrele de Medicină Preventivă.

- Elaborat și perfectat documentele privitor la procesul de evaluare și acreditare a tuturor Unităților Medico-Sanitare și Farmaceutice.

- Stabilit criteriile de selectare a experților antrenați în procesul de evaluare și acreditare și formate grupele de experți având în componența sa specialiști de o înaltă calificare profesională din toate domeniile medicinei și farmaciei.

- Elaborat documente metodice necesare pentru efectuarea procedurii de evaluare și de acreditare (ghiduri de interviu pentru evaluarea diferitor secții și servicii, misiunile membrului echipei de experți în procesul de evaluare, model raport de evaluare).

- Perfectat procedura de informare și instruire a experților-vizitatori privitor la misiunile lor în procesul de evaluare și acreditare.

- Elaborat documentația internă a CNEAS (regulamentul interior al Consiliului, obligațiunile funcționale ale colaboratorilor, declarația de confidențialitate, orarul de acreditare a Unităților Medico-Sanitare și Farmaceutice pe anul 2003, aprobat prin ordinul Ministrului Sănătății nr. 361 din 30.12.2002).

- Realizat desfășurarea evaluării și acreditării Unităților Medico-Sanitare și Farmaceutice conform planului întocmit de Consiliu și aprobat de Ministerul Sănătății, a regulamentului CNEAS, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 526 din 29 aprilie 2002 „Cu privire la Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate”.

Procedura de evaluare și acreditare a Unităților Medico-Sanitare și Farmaceutice s-a început în modul stabilit la 1 septembrie 2002.

Conform ordinelor Ministrului Sănătății nr. 228 din 3.09.2002 „Cu privire la acreditarea unităților medico-sanitare și farmaceutice din R. Moldova în anul 2002” și nr. 361 din 30.12.2002 „Cu privire la acreditarea unităților medico-sanitare

și farmaceutice din R. Moldova în anul 2003” au fost incluse în orarul de evaluare și acreditare 22 de Unități Medico-Sanitare, 43 de Unități Farmaceutice și 2 Centre de Medicină Preventivă.

Drept sinteză a activității CNEAS în perioada iunie 2002 – martie 2003 pot fi prezentate următoarele date:

Au fost supuse evaluării:

- Unități Medico-Sanitare – 17
- Unități Farmaceutice – 33

Și-au sistat activitatea:

- Unități Farmaceutice – 5

Au refuzat evaluarea și acreditarea:

- Unități Farmaceutice – 3

Au fost acreditate:

- Unități Medico-Sanitare – 16
- Unități Farmaceutice – 29

Au fost acreditate condiționat:

- Unități Medico-Sanitare – 2
- Unități Farmaceutice – 3

Instituții neacreditate:

- Unități Medico-Sanitare – 0
- Unități Farmaceutice – 1
- Filiale ale Farmaciilor comunitare – 4

În două Unități Medico-Sanitare au fost acreditate doar anumite servicii. O Unitate Farmaceutică a fost acreditată fără filiale.

Se află în proces de autoevaluare:

1. Centrul Municipal de Medicină Preventivă Chișinău
2. Spitalul Clinic Municipal pentru Copii „V.Ignatenco”
3. Policlinica Asociației Curativ Sanatoriale a Cancelariei de Stat a RM
4. Centrul de igienă și epidemiologie a Asociației Curativ Sanatoriale a Cancelariei de Stat a RM
5. Centrul Medicilor de Familie Ialoveni
6. Farmacia SA „Carina”.

Drept cele mai frecvente probleme, care sunt depistate în procesul de evaluare și acreditare a Unităților Medico-Sanitare și Farmaceutice pot fi menționate următoarele:

- Necesitatea efectuării reparațiilor curente și a celor capitale, de aprovizionare cu apă caldă;
- De aprovizionare a unor instituții cu echipament medical modern și evaluarea metrologică a echipamentului existent;
- De reformare și renovare a sistemului informațional;
- De implementare a standardelor medicale de investigații, diagnostic și tratament;
- Lipsa specialiștilor în zonele rurale (Spitalul Județean Tighina, CMF Căușeni, Spitalul Sectoral Ialoveni, CMF Orhei) și delegarea insuficientă a specialiștilor angajați la cursuri de formare medicală continuă.

Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate are scopul de a soluționa următoarele probleme, care reies din practica evaluării și acreditării Unităților Medico-Sanitare și Farmaceutice:

- A spori nivelul calității serviciilor prestate de o instituție medicală sau farmaceutică;
- A asigura specialiștii și populația cu informații și consultații;
- A depista cele mai bune instituții medicale și schimbul de experiență;
- Recunoașterea atât în cadrul instituției, cât și față de populație, că instituția în cauză oferă îngrijiri de sănătate la un nivel acceptabil și este pe cale de a-și îmbunătăți activitatea;

• Depistarea instituțiilor medico-sanitare și farmaceutice cu un nivel scăzut de prestare a serviciilor medicale și perfecționarea lor.

CONCLUZII

1. Standardele de evaluare și acreditare pentru Unitățile Medico-Sanitare sunt pe deplin reale și aducerea activității tuturor tipurilor de instituții la nivelul lor este un imperativ al timpului;

2. Odată cu stabilirea nivelului calității serviciilor medicale prestate, întocmirea Planului de Control al Calității, implementarea Asigurărilor de Asistență Medicală Obligatorie, se propune de a numi în fiecare instituție câte o persoană responsabilă de Calitate;

3. Necătând la dotarea tehnică insuficientă, lipsa unor specialiști, majoritatea colectivelor instituțiilor medico-sanitare din zonele rurale depun eforturi considerabile pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor medicale ceea ce merită toată atenția și sprijinul din partea organelor în cauză.

Tab. 1

Unități medico-sanitare evaluate

Nr.	Denumirea Unității Medico-Sanitare	Data vizitei de evaluare	Rezultatul	Monitorizarea
1.	Spitalul Municipal „Sf. Arhangel Mihail”	24-27.09.2002	Acreditat	Septembrie 2003
2.	Clinica de Medicină Estetică „Sancos”	23-25.10.2002	Acreditată	Octombrie 2003
3.	Spitalul Sectoral Călărași	28-30.10.2002	Acreditat	Octombrie 2003
4.	Asociația Medicală Teritorială Centru	26-28.11.2002	Acreditată	Noiembrie 2003
5.	Dispensarul Dermatovenerologic Republican	20-22.11.2002	Acreditat	Noiembrie 2003
6.	Centrul Medicilor de Familie Călărași (fără Centrele de Sănătate)	28-30.10.2002	Acreditat condiționat	Octombrie 2003
7.	Spitalul Clinic Republican pentru copii „E. Coțaga”	11-13.12.2002	Acreditat condiționat	Decembrie 2003
8.	Spitalul Republican, Asociația Curativ Sanatorială și Recuperare a Cancelariei de Stat a RM	20-22.01.2003	Acreditat	Februarie 2004
9.	Centrul Stomatologic „Luca”	27-29.01.2003	Acreditat	Februarie 2004
10.	Spitalul Sectoral Rezina	27-29.01.2003	Acreditat	August 2003
11.	Centrul Republican de Diagnosticare Medicală	05-07.02.2003	Acreditat	Februarie 2004
12.	Spitalul Clinic Municipal pentru Copii nr. 1	18-20.02.2003	Acreditat	Februarie 2004
13.	Institutul de Cardiologie	12-14.03.2003	Acreditat	Martie 2004
14.	Centrul Medicilor de Familie Căușeni cu 16 Centre de Sănătate	19-21.03.2003	Acreditat fără secția de stomatologie	Martie 2004
15.	Spitalul Județean Tighina	19-21.03.2003	Acreditat	Martie 2004
16.	Spitalul Clinic Ministerul Sănătății al RM	26-28.03.2003	Acreditat	Martie 2004
17.	Spitalul Sectoral Ialoveni	19-21.03.2003	Acreditate 6 servicii și secții fără înmînarea Certificat. de Acreditare cu recomand. de a aduce în conformitate cu standardele celelalte secții timp de un an	Evaluarea repetată Martie 2004

Tab. 2

Unități Farmaceutice evaluate

Nr.	Denumirea Unității Farmaceutice	Data vizitei de acreditare	Rezultatul	Monitorizarea
1.	„Basa Farm” SA depozit farm.	09-11.10.2002	Acreditat	Octombrie 2003
2.	Farmacia CFU USMF	21-23.10.2002	Acreditată	Octombrie 2003
3.	„Farmacia 12 Calarași” SRL	28-30.10.2002	Acreditată	Octombrie 2003
4.	„Speranța-farm” SRL	12-14.11.2002	Acreditată	Noiembrie 2003
5.	„Tetis International Co” SRL, depozit farm.	02-04.12.2002	Acreditat	Decembrie 2003
6.	„Farmaservice” SRL, depozit farm.	09-11.12.2002	Acreditat	Decembrie 2003
7.	„Farmacia Farmacopeca” SA	17-19.12.2002	Acreditată	Decembrie 2003
8.	„Farmacia nr. 465 Buiucani” SA	11-13.12.2002	Acreditată	Decembrie 2003
9.	Farmacia „Centrofarm” SA	04-06.12.2002	Acreditată	Decembrie
10.	SA „Farmacia nr. 280”	19-21.11.2002	Acreditată condiționat	Noiembrie 2003
11.	„Farmacia nr. 2 Centrală” SA	22-24.01.2003	Acreditată	Ianuarie 2004
12.	SRL „Farmacia Zea Mays”	27-29.01.2003	Acreditată condiționat	August 2003
13.	SRL „Farmacia Vitana”	28-30.01.2003	Acreditată condiționat	August 2003
14.	„Dita EstFarm” SRL	09-11.01.2003	Acreditată	Ianuarie 2004
15.	Farmacia „Costa-Farm” SRL	22-24.10.2003	Acreditată	Ianuarie 2004
16.	Farmacia „Calendula Culiuc” ÎI	17-18.01.2003	Acreditată	Ianuarie 2004
17.	Farmacia ÎI „Salvis Spiridon”	27-29.01.2003	Acreditată	August 2003
18.	Farmacia SRL „Nataliana-Farm”	27-29.01.2003	Acreditată	August 2003
19.	Farmacia CRDM	05-07.02.2003	Acreditată	Februarie 2004
20.	„LIAN” SRL	05-07.02.2003	Acreditată	Februarie 2004
21.	Farmacia SRL „FIAT”	26-27.02.2003	Acreditată	Februarie 2004
22.	Farmacia ÎI „Chiriac-Ciolac”	26-27.02.2003	Acreditată	Februarie 2004
23.	Farmacia ÎI „E. Dărăban”	24-25.02.2003	Acreditată	Februarie 2004
24.	Farmacia ÎI „A. Tomac”	24-25.02.2003	Acreditată	Februarie 2004
25.	SA Farmacia „Ialoveni”	19-21.02.2003	Acreditată fără filiale	August 2003
26.	Farmacia ÎI „Alexandru Cebotari”	28.02-01.03.2003	Acreditată	Martie 2004
27.	Farmacia ÎI „Denta-Oboroc”	27-28.02.2003	Acreditată	Martie 2004
28.	Farmacia SRL „Ramicris-Impex”	05-06.03.2003	Neacreditată	
29.	Farmacia SRL „Lirucola”	19-20.03.2003	Acreditată	Martie 2004
30.	Farmacia SA „Medicor-Farm”	20-21.03.2003	Acreditată	Martie 2004
31.	Farmacia SRL „Farmacon”	03-04.04.2003	Acreditată	Aprilie 2004
32.	Farmacia SA „Levăntica”	01-02.04.2003	Acreditată	Aprilie 2004
33.	Farmacia SRL „Real-Farm”	10-12.03.2003	Acreditată	Aprilie 2004

PROBLEMELE ACTUALE ALE DEZVOLTĂRII ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE POPULAȚIEI URBANE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

V. Savin¹, D. Tintiuc²

¹ Departamentul Sănătății a Primăriei mun. Chișinău

² Catedra Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițanu”, USMF „Nicolae Testemițanu”

There are exposed the results of the urban population and medical practitioners opinion concerning primary health care in the Republic of Moldova. The data obtained helped in motivating the measures of consolidation of primary health care in urban conditions, these services being provided by family doctors aiming at facilitating the population's access to qualitative health care.

Key words: primary health care, family doctors

La finele secolului XX majoritatea țărilor din Europa Centrală și Europa de Est au fost și continuă să fie preocupate de reforma sistemelor de sănătate, prin acomodarea lor posibilă la noile condiții socio-economice, dictate de perioada de tranziție și economia de piață.

Scopul final al acestor țări, preocupate de reforme, constă în sporirea accesibilității populației la serviciile de asistență medicală prin fortificarea sectorului medical primar.

Este foarte important faptul, că majoritatea țărilor din continentul european au conștientizat principalul – situația în domeniul asistenței medicale primare urmează a fi schimbată.

Și aici, în opinia multor autori, sunt necesare două etape mari de reformare.

Prima ține de managementul general al sistemului ocrotirii sănătății, care are drept scop transmiterea treptată a responsabilității și controlului asupra tuturor nivelurilor de acordare a asistenței medicale, inclusiv a celei primare.

Pentru aceasta medicii și instituțiile de practică medicală generală urmează să primească posibilități reale de a trimite bolnavii în condițiile cele mai adecvate pentru ei – spitale sectorale, județene, municipale, naționale, azil pentru bătrâni sau staționare de zi la locul de trai. În țările, unde această etapă s-a realizat cu succes, asistența medicală primară și-a întărit pozițiile sale, devenind structura medicală cheie în deservirea bolnavilor, simplificând procesul creării unui sistem unic de sănătate.

Etapă a doua a reformării se referă direct la asistența medicală primară, care necesită să lărgescă spectrul și posibilitățile de prestare a serviciilor medicale populației, prin diverse metode de consolidare.

În aceste scopuri urmează a introduce servicii medicale noi, a perfecționa pe cele vechi, unele servicii va fi necesar de a le redirecționa de la alte nivele ale asistenței medicale.

Soluționarea definitivă a acestor probleme va fi posibilă și în condițiile Republicii Moldova, în cazul continuării reformei asistenței medicale primare, concomitent cu dezvoltarea medicinei de familie în condițiile rurale și urbane.

Necesitatea reformării sistemului existent al ocrotirii sănătății din municipiul Chișinău, cu schimbarea accentelor de la asistența medicală specializată spitalicească la cea primară, mai puțin costisitoare, a fost conștientizată de conducerea Primăriei capitalei și Direcției sănătății, începând cu anii 1994-1995. Anume în acea perioadă s-a ajuns la concluzia, că supracentralizarea serviciului medical primar, totalmente dependent de activitatea staționarelor

municipale respective, ca subdiviziuni anexate, creează condiții ineficiente de activitate a întregului sistem de sănătate.

Pornind de la situația reală, la nivelul Direcției sănătății pe atunci a fost elaborată concepția modificărilor necesare, susținută de Ministerul Sănătății și Primărie, care consta în decentralizarea serviciului asistenței medicale primare de serviciul spitalicesc, cu organizarea a 5 Asociații Medicale Teritoriale (AMT), cu autonomie managerială și economico-financiară deplină.

Mai apoi, începând cu anul 1997, după adoptarea unui șir de acte normative la nivel statal, prin care s-a definitivat strategia reformelor în medicină și căile de fortificare a asistenței medicale primare, s-a purces la pregătirea treptată de trecere la organizarea acordării asistenței medicale primare populației urbane după principiul medicului de familie.

Ținând cont de specificul și particularitățile dezvoltării serviciului asistenței medicale primare din municipiul Chișinău, un megapolis cu o populație de circa 800,0 mii locuitori, reprezentat de 21 policlinici pentru maturi și separat pentru copii, 11 consultații pentru femei, parte componentă a 8 spitale clinice municipale și 2 maternități autonome, s-a purces la efectuarea unor modificări de structură internă în cadrul AMT.

Astfel, prin comasarea policlinicilor pentru copii și celor pentru maturi cu consultațiile pentru femei au fost organizate policlinici teritoriale mixte și create policlinici centrale în 5 sectoare administrativ-teritoriale.

Măsura realizată a creat premise favorabile pentru concentrarea medicilor interniști, pediatri și obstetricieni-ginecologi de circumscripție într-o singură instituție teritorială de tip ambulator, cu întrunirea lor în echipe și orientare concretă la planificarea activității profilactice, acordarea asistenței medicale primare populației de toate vârstele, după principiul teritorial, mai convenabil și acceptat de pacienți.

În perioada anilor 1999-2000 sistemul medical primar municipal a mai suferit o modificare a structurii existente, caracterizată prin apariția primilor medici de familie în cadrul policlinicilor teritoriale mixte.

Drept rezultat al acestui proces reformativ, concomitent cu necesitatea stringentă de optimizare a cheltuielilor bugetare dictată de alocarea limitată a mijloacelor financiare și comasarea unor instituții medicale, au fost organizate 12 Centre ale Medicilor de Familie, în baza policlinicilor teritoriale mixte și 15 Centre de Sănătate în baza fostelor ambulatorii din orașele

și comunele respective, parte componentă a municipiului Chișinău. Tot în acest context fostele policlinici centrale au transformat în 5 Centre Consultativ Diagnosticale ale AMT.

Experiența practică acumulată în cadrul AMT, unde de rând cu medicii de familie (în total 515 la număr conform situației la 01.01.2003), activează și alți medici specialiști de profil îngust, întruniți în secții specializate ale Centrelor Consultative Diagnosticale, confirmă faptul, că formula actuală a structurii sistemului medical primar din capitală este optimală, diferă de varianta existentă la moment în raioanele republicii, având particularitățile sale specifice în condiții urbane și fiind mai aproape de populația deservită, după principiul teritorial.

Evident, că pe măsura realizării unor activități manageriale, ce aveau drept scop reformarea sistemului existent de sănătate al capitalei și acomodarea lui la condițiile socio-economice actuale, conducerea Departamentului sănătății a fost preocupată și de aprecierea rezultatelor obținute preventiv prin studierea opiniei populației și lucrătorilor medicali despre activitatea serviciului municipal de asistență medicală primară.

Astfel, prezentarea în cauză, concomitent cu descrierea evaluării procesului de reformare conține și rezultatele studiului opiniei populației municipale în dependență de gen, vârstă, grup social și a medicilor din sectorul medical primar în dependență de specialitate, stagiul de muncă, categoria de atestare etc.

Scopul studiului efectuat a fost de a furniza informații necesare, suplimentare pentru elaborarea soluțiilor optime, vizând sporirea accesibilității populației la serviciile medicale primare, modificarea sau păstrarea structurii existente a AMT prestarea unor servicii medicale contra plată, implementarea asigurărilor medicale obligatorii, sporirea calității asistenței medicale primare acordate de către medicii de familie.

Obiectivele principale ale studiului realizat prin anchetarea anonimă a populației au fost de a:

- preciza gradul de cuprindere a populației cu servicii medicale primare și nivelul accesibilității ei;

- descrie atitudinea populației față de aspectele financiare ale serviciilor medicale și dorința de a trece la asigurările medicale de sănătate prin coparticipare la finanțarea serviciilor de sănătate;

- aprecia accesul populației la informații despre starea sănătății personale și profilaxia bolilor, cât și atitudinea față de activitatea medicului de familie, calitatea și rezultatele asistenței medicale primare.

Obiectivele de bază ale studiului efectuat prin anchetarea anonimă a medicilor au fost de a:

- aprecia atitudinea medicilor față de structura existentă a sistemului medical primar din municipiul Chișinău;

- determina rolul medicului de familie în sistemul existent de prestare a serviciilor medicale primare și atitudinea față de modalitatea de salarizare și stimularea muncii medicului;

- evidențiază atitudinea față de principiile de organizare a asistenței medicale primare;

- studiază atitudinea medicilor față de reformele petrecute în sistemul de sănătate.

Studiul a fost realizat în baza unui eșantion probabilistic de 1500 locuitori ai municipiului Chișinău (pacienții ai 6 Centre ale Medicilor de Familie din 3 sectoare administrative) și 350 medici specialiști, din 3 AMT (Botanica, Centru, Râșcani). El a permis acumularea de date reprezentative la nivel de municipiu, cu o limită admisă de eroare până la 3%.

Colectarea datelor a fost realizată în baza a două chestionare speciale întocmite de autori, cu 7 compartimente de întrebări pentru populație și 5 compartimente de întrebări pentru medicii specialiști.

Analiza rezultatelor generale a studiului efectuat este prezentată în *tabelele nr. 1-2*.

Tab. 1

Rezultatele studiilor opiniei medicilor specialiști privind sistemul de organizare a asistenței medicale primare la populația urbană în dependență de categoria de calificare profesională în %

Gradul de calificare	Apreciere pozitivă	Apreciere negativă
Fără categorie	78,23	21,77
Categoria II	75,99	24,01
Categoria I	78,68	21,32
Categoria superioară	75,57	24,43
Media	77,12	22,88

Deci, ponderea afirmațiilor negative independent de categoria de calificare profesională nu depășește 24 la sută din numărul total al medicilor, cuprinși în studiu.

Tab. 2

Rezultatele studiilor opiniei populației privind calitatea și accesibilitatea asistenței medicale primare în condiții urbane în dependență de categoria socială în %

Categoria socială	Apreciere pozitivă	Apreciere negativă
1. Angajat în sfera socială	88,47	11,53
2. Angajat în sfera de producere	90,22	9,78
3. Pensionar, invalid	85,20	14,80
4. Neangajat în câmpul muncii	87,66	12,34
5. Alte categorii	88,36	11,64
Media	87,98	12,02

Analiza rezultatelor opiniei populației în dependență de categoria socială denotă faptul, că ponderea răspunsurilor pozitive prevalează atât în categoria celor angajați în sfera socială și de producere, cât și în cazul celor neangajați în câmpul muncii. Procentul răspunsurilor negative, fiind în absoluta majoritate a categoriilor sociale de circa 8 ori mai mică decât în cazul răspunsurilor pozitive, având o mică deviere numai în categoria „pensionari, invalizi” cu 14,8 la sută.

În scopul elucidării presiunii pe care o exercită incidența și prevalența bolilor asupra serviciilor medicale primare și

secundare existente în municipiul Chișinău a fost realizat un studiu special pentru aprecierea tendințelor și aspectelor generale ale morbidității populației. Ca sursă de informație au servit rapoartele anuale cu privire la morbiditate ale AMT pentru anii 1999-2001, care au inclus totalitatea maladiilor depistate pentru prima dată (incidența morbidității) și înregistrate în perioada anilor respectivi (prevalența morbidității).

Analiza indicatorilor morbidității (tabelul nr. 3) atestă o frecvență medie a incidenței (310,3‰ la adulți și 1025,1‰ la copii) și prevalenței de perioadă (564,2‰ la adulți și 1252,3‰ la copii).

După cum rezultă din datele prezentate în tabela 3 atât incidența morbidității cât și prevalența au o tendință sporită de micșorare. În perioada analizată incidența morbidității la adulți s-a micșorat cu 14,3 % și la copii cu 21,6%. Prevalența morbidității a înregistrat o micșorare mai puțin evidențiată și a constituit 7,6% la adulți și 18,1 % la copii.

Analiza morbidității pe clase de boli în funcție de vârsta populației (Tabelul nr. 4) denotă faptul, că incidența populației adulte este constituită în special de bolile aparatului respirator (93,5‰), leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe (74,3‰), bolile infecțioase și parazitare (25,2‰), bolile aparatului genito-urinar (18,8‰), afecțiuni și stări legate de sarcină, naștere și lăuzie (18,4‰), bolile ochiului și anexelor sale (10,2‰), bolile sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv (9,9‰). În structura incidenței clasele de boli menționate alcătuiesc peste 85 la sută din totalul îmbolnăvirilor.

În cadrul incidenței la copii gradul de manifestare a maladiilor prezintă deosebiri considerabile față de adulți.

Bolile aparatului respirator, care au o frecvență de manifestare de 616,0‰ alcătuiesc în structura incidenței peste 60 la sută cazuri. Pe următoarele locuri succesive se plasează leziunile traumatice (105,5‰), bolile infecțioase (76,4‰), bolile urechii și apofizei mastoide (29,4‰), bolile ochiului și anexelor sale (21,4‰), bolile sistemului nervos (18,7‰) și afecțiunile ale căror origine se situează în perioada perinatală (18,1‰).

Ca și în cazul incidenței, în cadrul prevalenței de perioadă pe primul loc la adulți s-au situat îmbolnăvirile prin maladiile aparatului respirator (111,9‰), fiind urmate de traume (74,5‰), bolile aparatului circulator (54,2‰), bolile aparatului digestiv (51,9‰), bolile infecțioase (47,2‰), bolile pielii și țesutului

celular subcutanat (41,6‰) și ale aparatului genito-urinar (41,2‰).

Tot în acest context s-a demonstrat, că printre adulți cele mai înalte nivele ale raportului dintre prevalență și incidență, care specifică tendințele de acumulare și cronizare ale maladiilor le au următoarele clase de boli: maladiile aparatului circulator, bolile aparatului digestiv, bolile endocrine și de metabolism, tumorile, dereglările mintale și bolile sângelui.

Prevalența la copii prezintă unele manifestări specifice. Astfel, dacă pe primele două locuri, ca și la maturi, se află bolile aparatului respirator (632,8‰) și leziunile traumatice (107,6‰), atunci pe următoarele locuri se plasează bolile pielii și țesutului celular subcutanat (104,8‰), bolile infecțioase și parazitare (90,6‰), bolile aparatului digestiv (57,0‰), bolile ochiului (45,2‰), bolile sistemului nervos (35,1‰) și cele ale aparatului genito-urinar (34,2‰). În cadrul contingentului de copii bolile, care au cele mai înalte tendințe de acumulare sunt: maladiile pielii și țesutului subcutanat, malformațiile congenitale, bolile aparatului digestiv, tulburările mintale, bolile endocrine, bolile ochiului și anexelor sale.

CONCLUZII

1. Reformarea sistemului medical primar în Republica Moldova, inclusiv și în municipiul Chișinău, a devenit o necesitate a timpului, un proces inevitabil în perioada de tranziție.

2. Structura existentă a serviciului asistenței medicale primare din municipiul Chișinău poate fi apreciată ca optimală în baza următoarelor constatări:

- mai mult de 75 la sută din medicii specialiști cuprinși cu studiul efectuat, independent de categoria de calificare, au apreciat pozitiv reformele în sistemul sănătății;

- independent de categoria socială, mai mult de 85 la sută din numărul total de persoane cuprinse cu studiul efectuat, au o atitudine pozitivă față de accesibilitatea și calitatea asistenței medicale primare, acordate în cadrul sistemului municipal existent de medicină primară.

Aspectele evidențiate în actuala lucrare în opinia noastră prezintă interes, nu doar pentru atenționarea medicilor de familie care organizează și stabilesc diagnosticul, dar și pentru managerii serviciilor primare și secundare de sănătate, care pot utiliza aceste date în procesul planificării activităților și resurselor necesare.

Tab. 3

Incidența și prevalența morbidității populației municipiului Chișinău pentru anii 1999-2001 (la 1000 locuitori)

Categoriile de populație		Anii			
		1999	2000	2001	media 1999-2001
Adulți	Incidența	333,3	312,2	285,3	310,3
	Prevalența	592,5	543,0	547,3	564,2
Copii	Incidența	1181,5	967,3	926,6	1025,1
	Prevalența	1401,4	1197,5	1147,5	1252,3
Total	Incidența	478,5	424,3	395,2	432,7
	Prevalența	730,9	655,0	650,0	681,5

Tab. 4

Incidența și prevalența morbidității populației municipiului Chișinău la 1000 de locuitori (media pe anii 1999-2001)

Nr. d/o	Denumirea claselor de boli	adulți		copii		total	
		Incidența	Prevalența	Incidența	Prevalența	Incidența	Prevalența
1.0	Total	310,3	564,2	1025,1	1252,3	432,7	681,5
2.0	Bolile infecțioase și parazitare	25,2	47,2	76,4	90,6	34,0	54,6
3.0	Tumori	1,6	6,9	0,6	0,8	1,4	5,9
4.0	Bolile sângelui, ale organelor hematopoietice și unele tulburări ale mecanismului imunitar	0,95	3,4	15,7	30,1	3,5	8,0
5.0	Bolile endocrine și metabolism	1,83	16,5	5,8	16,7	3,1	16,6
6.0	Tulburări mentale și de comportament	4,2	23,2	2,8	10,4	4,0	20,9
7.0	Bolile sistemului nervos	3,3	7,1	18,7	35,1	5,9	11,9
8.0	Bolile ochiului și anexelor sale	10,2	25,0	21,4	45,2	12,1	29,3
9.0	Bolile urechii și apofizei mastoide	8,1	9,6	29,4	31,6	11,8	13,4
10.0	Bolile aparatului circulator	6,8	54,2	2,0	4,4	5,8	45,7
11.0	Bolile aparatului respirator	93,5	111,9	616,0	632,8	210,8	216,0
12.0	Bolile aparatului digestiv	5,7	51,9	17,5	57,0	7,7	54,0
13.0	Bolile pielii și țesutului celular subcutanat	9,9	41,6	3,5	104,8	8,7	52,4
14.0	Bolile sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv	9,9	25,9	3,5	5,7	8,7	22,4
15.0	Bolile aparatului genito-urinar	18,8	41,2	9,5	34,2	17,2	40,0
16.0	Sarcina, nașterea și lăuzia	18,4	18,6	-	-	15,2	15,2
17.0	Unele afecțiuni ale căror origine se situează în perioada perinatală	-	-	18,1	18,4	3,1	3,2
18.0	Malformații congenitale, deformații și anomalii cromosomiale	0,12	1,1	3,6	18,9	0,7	5,7
19.0	Simptome, semne și rezultate anormale ale investigațiilor clinice și de laborator, neclasate în alte locuri	0,06	0,06	0,5	0,5	0,13	0,13
20.0	Leziuni traumatiche, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe	74,3	74,5	105,5	107,6	79,6	79,8

DETERMINAREA TIMPULUI REAL UTILIZAT DE CĂTRE MEDICII DE FAMILIE PENTRU ACORDAREA ASISTENȚEI MEDICALE POPULAȚIEI RURALE

Corina Moraru

Catedra Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițanu”, USMF „Nicolae Testemițanu”

The paper comprises the results of photographing a working day of a family doctor practicing in a rural locality. They established that the activity volume of the family doctor in a dispensary is of 4 hours 13 minutes and at home of 2 hours 37 minutes. They also determined the time necessary to improve the family doctor activity.

Key words: family doctor, photographing a working day

INTRODUCERE

Pe parcursul ultimilor ani atât în Republica Moldova, cât și în alte țări, se desfășoară multiple reforme în diferite domenii din sistemul sănătății, în special a serviciilor medicale primare. Dezvoltarea serviciilor de asistență medicală primară (AMP) reprezintă un proces continuu, fiind în permanentă perfecționare, determinate de condițiile specifice ale reformei sistemului de sănătate.

Actualmente serviciile medicale primare dispun de prioritate ceea ce creează posibilități mai pronunțate de a organiza și asigura populația cu asistență medicală accesibilă și calitativă și de a efectua o coordonare mai eficientă dintre serviciile primare, secundare și terțiare, cu accentul spre realizarea măsurilor de prevenire și profilaxie a bolilor.

Luând în considerație direcțiile conceptuale de reformare a serviciilor medicale primare orientate către medicul de familie, cât și faptul că, în baza experiențelor internaționale medicina de familie s-a dovedit nu numai utilă, ci și absolut necesară în contextul medicinei moderne, una din problemele prioritare constă în efectuarea studiilor speciale privind argumentarea căilor de organizare a serviciilor medicale primare de sănătate populației rurale prin intermediul medicului de familie.

Pentru optimizarea proceselor ce țin de dezvoltarea AMP în localitățile rurale este necesar de a efectua investigații speciale orientate spre determinarea timpului real al activității medicului de familie și elaborarea măsurilor, argumentate științific, de realizare a principiilor organizatorice a activității medicului de familie.

SCOPUL

Determinarea timpului real de lucru al medicului de familie la nivel rural întru optimizarea activităților orientate spre asigurarea accesului populației la serviciile medicale primare.

OBIECTIVE

1. Caracterizarea cronometrică a activității medicilor de familie la nivel rural;
2. Determinarea factorilor ce influențează la utilizarea rațională a timpului de lucru a medicilor de familie.
3. Evidențierea rezervelor de timp în activitatea MF.

MATERIAL ȘI METODE

Studierea cheltuielilor de timp a lucrului MF a fost efectuată în baza metodicii care include analiza diferitor forme de activități în acordarea serviciilor medicale pacienților.

Metodica cronometrică de studiu folosită în lucrare e modificată de către autor în baza metodicilor elaborate anterior de către savanții autohtoni Nina Iodco, 1978; T.Spinei, 1987; I.Prisăcari, 1989; M.Palanciuc, 1989 etc. De asemenea au servit drept pilon de pornire metodicele elaborate în cadrul cercetărilor cronometrice efectuate în fosta Uniune Sovietică – P.C. Гаджиев, 1981; В.Ж. Эристави, 1980; А.К. Христюхин, 1969 și alții [5]. A fost consultată și metodică elaborată [8] în cadrul laboratorului central din Rusia condus de către profesorul В.М. Бехтерев în anul 1922, una din primele metodici din acest domeniu.

Metodica selectată permite de a folosi materialele cercetării atât pentru organizarea efectivă a lucrului, cât și pentru determinarea consumului de timp la efectuarea anumitor operațiuni de lucru în particular și a procesului de muncă la general.

Stabilirea timpului pentru efectuarea unui sau altui proces de lucru, luând în considerație un număr maximal de factori ce acționează la volumul cheltuielilor și formelor organizatorice de lucru, este posibilă, cu condiția măsurării duratei fiecărei activități în parte. Evident, acesta poate fi efectuată numai prin metoda fotografierii zilei de muncă cu măsurarea tuturor formelor de cheltuieți a timpului de lucru, ceea ce s-a efectuat în cercetarea noastră.

În acest scop au fost utilizate următoarele direcții:

- studierea structurii activității medicului de familie prin metoda examinării nemijlocite;
- divizarea lucrului medicilor de familie în diferite forme de activități, efectuate pe parcursul zilei de muncă, prin stabilirea punctelor de fixare (fotocronometria);
- elaborarea hărților cronometrice în vederea efectuării cercetării și analizei rezultatelor;
- stabilirea cheltuielilor de timp ale medicului de familie pentru efectuarea diferitor forme de activități pe parcursul zilei lucrătoare în contextul existent al organizării lucrului;
- analiza datelor primite și elaborarea ulterioară a formelor mai raționale de organizare a lucrului medicului de familie și implementarea acestor forme în practică;

• elaborarea principiilor de determinare a timpului real necesar pentru efectuarea unui lucru concret în acordarea asistenței medicale.

Drept unitate de studiu a servit ora de lucru a medicului de familie. Cercetarea s-a efectuat în localitățile rurale a trei județe ale republicii – Edineț, Orhei și Ungheni. Eșantionul reprezentativ de medici de familie a fost selectat aleatoriu în baza formulei clasice (P. Mureșan, 1989):

$$n = \frac{t^2 pq}{\Delta x^2 + t^2 pq/N} \quad \text{Formula nr. 1}$$

în care:

n – volumul eșantionului reprezentativ;

t – factorul de probabilitate;

p și q – probabilitatea și contraprobabilitatea de apariție (sau neapariție) a fenomenului cercetat (în cazul de față reprezentativitatea medicilor de familie selectați pentru întreaga „populație a medicilor de familie”);

Δx – eroarea limită admisă;

N – volumul colectivității generale.

Ținând cont de natura problemei (timpul de lucru cheltuit de medicii de familie pentru diferite activități) este indicat ca fiind suficient un factor de probabilitate de 95% ($t = 1,96$) și am stabilit o eroare limită de 0,1 ($\Delta x = 0,1$).

Luând în considerație că „ n ” este maxim când produsul „ pq ” este maxim, or, ținând seama de faptul că $0 \leq p \leq 1$ și $q = 1 - p$ produsul este maxim, atunci când $p = q = 0,5$.

Volumul colectivității generale (numărul total de medici de familie) din datele oficiale este de 1863 (Sunt prezentate datele de la 01.01.2002). Înlocuind cifrele în formulă am primit:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,25}{0,1^2 + 1,96^2 \cdot 0,25/1863} = 91$$

În total au fost supuși examenului fotocronometric 98 medici de familie, cronometrate 4110,46 ore (492 zile lucrătoare). În timpul cercetării de către medici au fost examinați 5204 bolnavi maturi și 2481 copii la oficiu și consultate 2012 familii la domiciliu.

Fotocronometria activității fiecărui medic de familie a fost efectuată pe parcursul a 10 zile lucrătoare. În baza literaturii studiate, s-a constatat că fiind fotografiat în timpul activității, medicul se simte puțin genat și lucrează cu o productivitate mărită primele 4 zile, ceea ce nu corespunde volumului și calității obișnuite de lucru, ulterior el se adaptează psihologic cu prezența echipei cronometrice și lucrează în volum obișnuit. Luând în considerație acest fapt, în lucrare vor fi descrise numai rezultatele primite din ultimele 6 zile lucrătoare supuse fotocronometriei. Studiul a fost efectuat în diferite anotimpuri, pe parcursul anilor 2001–2002.

Cronometria a fost efectuată în baza hărților cronometrice de evidență a timpului, elaborate de către autor, compuse din trei compartimente. Primul compartiment prevedea datele generale despre medicul de familie supus cronometriei. Al doilea „Evidența zilnică” și al treilea – „Cronometria unui bolnav”. Compartimentul trei a fost completat într-un număr ce corespundea cu numărul de bolnavi examinați cotidian. Sistematizarea datelor obținute privind cheltuielile de lucru a medicului de familie din compartimentul trei se efectua în baza clasificărilor din compartimentul doi „Evidența zilnică”.

În efectuarea fotocronometriei au participat echipele cronometrice în cadrul cărora au fost antrenați angajații secției statistice a CMF-urilor și surorile medicale din cadrul CS și OMF. Echipele cronometrice preventiv au fost instruite de către autor la seminare metodice efectuate în teren. Pentru fiecare observator în parte au fost elaborate instrucțiuni ce concretizau ordinea și corectitudinea efectuării fotocronometriei.

Unul din obiectivele cronometriei a fost determinarea timpului cheltuit de către medicul de familie pe parcursul zilei pentru pacienți. Timpul cheltuit (Tk) pentru pacienți include: convorbirea cu bolnavul; examinarea bolnavului și completarea documentației care are referință nemijlocită la bolnavul dat. Acest timp a fost stabilit după formula elaborată în cadrul laboratorului științific condus de către profesorul I. Prisăcaru și modificată de către autor:

$$Tk = \frac{Cb + Eb + Cd}{60} N \quad \text{Formula nr. 2}$$

unde:

Tk – timpul cheltuit pentru un pacient;

Cb – timpul mediu cheltuit, în minute, pentru convorbire cu un bolnav;

Eb – timpul mediu cheltuit, în minute, pentru examinarea unui bolnav;

Cd – timpul mediu cheltuit, în minute, pentru completarea documentației unui bolnav;

N – numărul mediu de pacienți deserviți pe zi;

60 – transferul datelor în ore.

Un alt indice al activității medicului de familie este lucrul la domiciliul bolnavului. Pentru a determina acest indice a fost folosită o altă formulă, de asemenea modificată de către autor:

$$Tkd = \frac{Cb + Eb + Cd + Td}{60} N \quad \text{Formula nr. 3}$$

unde:

Tkd – timpul cheltuit la domiciliu;

Cb – timpul mediu cheltuit, în minute, pentru convorbire cu un bolnav la domiciliu;

Eb – timpul mediu cheltuit, în minute, pentru examinarea unui bolnav la domiciliu;

Cd – timpul mediu cheltuit, în minute, pentru completarea documentației unui bolnav la domiciliu;

N – numărul mediu de pacienți deserviți pe zi la domiciliu;

60 – transferul datelor în ore.

De asemenea, drept indici cronometrici au fost calculați cei ce răspundeau pierderilor de timp cauzate de lipsa medicilor de la serviciu pe parcursul întregii zile, care la părerea unor autori (В.В. Канен, Л.Л. Липовецкая, И.Е. Дилидаров, 1982) constituie 15-25% din numărul de zile lucrătoare în anul calendaristic [7]. Cauzele lipsei medicilor pe parcursul întregii zile sunt multiple: concediu; incapacitate temporală de muncă; concediu de maternitate; deplasări de serviciu; perfecționarea cunoștințelor etc. Aceste date au fost colectate în compartimentul unu al hărții cronometrice și ulterior analizate.

Prelucrarea materialului primar a fost efectuată computațional în baza programei EPI INFO elaborate de către OMS.

Ulterior, cu ajutorul acestui program, pentru fiecare activitate a medicului de familie, s-au calculat valorile de timp cu tendință centrală: media aritmetică (M), mediana (M_e),

modulul (M_0). De asemenea s-au calculat dispersiile de la valorile medii, coeficientul de variație (C_v) și erorile valorilor medii.

Metodica utilizată în efectuarea cronometriei lucrului medicului de familie și rezultatele obținute au fost puse în baza elaborării normelor de activitate a medicului de familie, care vor servi drept obiectiv în utilizarea rațională a timpului.

REZULTATELE OBȚINUTE

Cercetarea a fost efectuată la medicii de familie în vârstă de 31 – 57 ani. Vârsta medie a medicilor supuși cercetării este de $43,8 \pm 0,8$ ani. Repartizarea după sex este de 58,2 la sută femei și 41,8 la sută bărbați. Stajul general de muncă al cărora este în medie de $19,6 \pm 0,09$ ani, iar în calitate de medic de familie este de 3-7 ani, în medie $4,5 \pm 0,1$ ani și 4-26 ani în specialitățile precedente, în medie $15,8 \pm 0,08$ ani. Drept specialități precedente au fost enumerate în 29,6 la sută – terapeut, 37,8 la sută – pediatru, 4,1 la sută – obstetrician-ginecolog și 12,2 % – alte specialități, ceilalți 16,3 % din medici au început activitatea sa de muncă după studii în rezidențiat.

Analizând categoria de calificare ca medic de familie 25,5 la sută din intervievați au remarcat că posedă categoria superioară; 20,4 la sută categoria I, 14,3 la sută a II și 39,8 la sută nu dispun de categorii de calificare. Toți medicii supuși studiului lucrează 6 zile în săptămână.

Pe parcursul unui an de activitate 9,2 la sută din medicii intervievați nu au fost în concediu de odihnă, ceilalți, 90,8 % au avut un concediu de 33 zile lucrătoare. 69,1 la sută din medicii de familie anchetati n-au lipsit pe parcursul anului de la serviciu pe motiv de boală și numai 30,9 la sută au fost în concediu de boală, în medie lipsind 7,1 zile.

Jumătate din respondenți au fost în deplasări de serviciu, lipsind din acest motiv în medie câte 7,6 zile pe parcursul unui an, 69,4 din medici au fost la perfecționarea cunoștințelor în medie câte 40 zile, ceilalți 30,6 la sută nu au fost la perfecționare pe parcursul anului de interviu, iar E au menționat ca au lipsit pe parcursul anului de la serviciu și din alte motive, în medie câte 6 zile. Deci în medie un medic de familie lucrează în an 285 zile.

Analizând rezultatele cronometriei am constatat că ziua de lucru a medicului de familie durează de la 6 la 10,45 ore, în medie fiind de 8,2 ore ($502 \pm 4,1$ minute). Analizând întreaga săptămână de lucru, putem constata că cel mai mult timp medicul de familie se află la lucru în zilele de vineri (8 ore 45 minute), iar cel mai puțin – sâmbăta (6 ore 25 minute) (tabelul nr. 1). De asemenea variază ora de începere a lucrului de la 7.30 la 12.00.

În majoritatea zilelor medicul își începe activitatea sa la oficiu cu primirea pacienților – 75,6 cazuri la sută. În 13,6 % din zile medicul de familie începe activitatea la domiciliul bolnavului, în 5,1 % la oficiu cu momente de dispanserizare și în 5,6% cu activitatea profilactică.

Zilnic medicul de familie consumă în medie $6,2 \pm 0,1$ minute pentru pregătirea locului de muncă, ceea ce constituie 1,2 % din timpul unei zile de lucru. Pe parcursul întregii cercetări (492 zile) de către cei 98 medici au fost cheltuite pentru pregătirea locului de muncă 50 ore 38 minute.

Luând în considerație că numărul zilelor lucrătoare într-un an este de 300, dacă înmulțim cu 6,2 minute, primim 1860

Tab. 1

Durata zilei de muncă pe parcursul săptămânii

Nr.	Ziua de muncă	Durata în minute	Durata în ore
1	Luni	$498 \pm 9,3$	8 ore 18 minute
2	Marti	$490 \pm 8,8$	8 ore 10 minute
3	Miercuri	$515 \pm 8,8$	8 ore 35 minute
4	Joi	$492 \pm 9,9$	8 ore 12 minute
5	Vineri	$525 \pm 8,9$	8 ore 45 minute
6	Sâmbătă	$385 \pm 3,2$	6 ore 25 minute

minute sau 31 ore consumate pentru organizarea locului de lucru. Dacă excludem acest fenomen din activitatea medicului de familie și luând în considerație timpul necesar pentru examinarea unui pacient care constituie, în medie 15,9 minute, suplimentar pe parcursul unui an medicul de familie ar putea primi 117 pacienți.

Convorbirilor cu bolnavii sau/și cu părinții copiilor bolnavi pe parcursul studiului le-au fost dedicate 612 ore 27 minute. Într-o zi, această activitate este efectuată în 14,9% din timpul întregii zile, adică în mediu o oră și 14,7 minute ($74,7 \pm 1,2$ minute), revenind, în medie câte $4,8 \pm 0,03$ minute la un bolnav.

Examinarea bolnavilor maturi se efectuează în medie într-o oră ($60 \pm 1,4$ minute) (11,9 % din timpul zilnic), revenind câte $5,7 \pm 0,05$ minute la un bolnav, iar examinarea copiilor în medie în $26,3 \pm 0,7$ minute (5,2 %), adică câte $5,26 \pm 0,06$ minute pentru un copil. Pe parcursul întregii cercetări pentru examinarea bolnavilor maturi s-au consumat 491 ore 46 minute iar pentru examinarea copiilor 215 ore 20 minute. Această diferență este cauzată de o îmbolnăvire mai mică a copiilor în comparație cu maturii.

Analiza timpului utilizat de medicul de familie pentru examinarea bolnavilor cu diferite nosologii, ne demonstrează că cel mai mult timp este acordat bolnavilor cu maladii ale aparatului circulator – 12,1 minute, iar cel mai puțin timp celora cu maladii ale sistemului nervos – 9,5 minute.

Datele ne permit să concluzionăm că pacienților cu maladii neurologice li se acordă cel mai puțin timp de către medicii de familie. Una din cauze este insuficiența dotării medicului de familie cu setul neurologic, o altă cauză poate fi insuficiențele abilități în domeniul neurologiei.

Mult timp, 819 ore 21 minute au fost întrebuințate, pe parcursul întregii cercetări, pentru completarea documentației. Acestei activități îi revine în medie o oră 40 minute, ($99,2 \pm 1,6$ minute) pe parcursul unei zile lucrătoare. Distribuția acestui timp este redată în tabelul nr. 2.

Datele prezentate în tabelul nr. 2 evidențiază faptul că, medicul de familie este supraîncărcat cu lucrul documentar și utilizează 19,9 % din întreaga zi de muncă pentru completarea

documentației. Datele permit de a recomanda, în scopul folosirii raționale a timpului, elaborarea și utilizarea formularelor standard de examinare a bolnavilor, cum ar fi fișe medicale standard pentru maturi și copii care vor micșora timpul de completare a documentației și vor raționaliza activitatea medicului de familie.

Lucrului profilactic medicii de familie i-au dedicat, în total, pe parcursul cercetării 319 ore. Timp de o săptămână un medic, în medie folosește 3 ore 20 minute pentru profilaxie, media zilnică fiind de $38,9 \pm 0,19$ minute. Examinând mai detaliat activitatea profilactică, putem constata că 14,8 la sută din toate vizitele efectuate la medicul de familie, constituie examenele profilactice, marea majoritate a cărora se efectuează în condiții de ambulator – 79,9 la sută. Ponderea vizitelor profilactice la domiciliu este de 20,1 la sută. De asemenea putem constata că 38,3 la sută din totalul vizitelor profilactice se efectuează la copiii până la un an și 64,1 la sută la copiii până la 3 ani inclusiv. În ceea ce privește timpul mediu cheltuit pentru o vizită profilactică este mai mic în comparație cu cea pe caz de boală – 8,6 minute pentru maturi și 9,8 minute pentru copii față de 10,5 minute pentru maturi și 10,1 minute pentru copii respectiv.

Pe parcursul cercetării s-au folosit 141 ore 50 minute pentru convorbirile de serviciu și doar 118 ore 14 minute a constituit timpul liber al medicului de familie. Analizând mediile zilnice ale acestor cifre primim $20 \pm 0,18$ minute în zi folosite pentru convorbiri de serviciu (4,0%) și 15 minute în zi – timpul liber, ceea ce corespunde 3,0 % din timpul zilei lucrătoare. Putem menționa că medicul de familie nu prea are timp pentru odihnă.

Dacă examinăm lucrul medicului de familie la domiciliul bolnavului putem constata că cel mai mult timp este pierdut pe drum până la domiciliu – în mediu o oră 35 minute pe zi (19 % din timpul zilei de muncă).

În medie medicul reușește să viziteze în zi 4,4 familii, cheltuiind pentru aceste vizite o oră 45 minute, ceea ce este

aproximativ similar timpului cheltuit pe drum. Aceste 105 minute se repartizează pentru:

- convorbiri cu bolnavii și / sau cu părinții copiilor bolnavi – $31,9 \pm 0,7$ minute (6,4% din timpul zilei de lucru);
- examinarea bolnavilor maturi – $27,4 \pm 0,7$ minute (5,5%);
- examinarea copiilor – $15,7 \pm 0,3$ minute (3,1%);
- completarea documentației – $30 \pm 0,8$ minute (5,9%).

În schimb timpul total consumat la domiciliul bolnavului este mai mic (667 ore 46 minute) în comparație cu cel pierdut pe drum până la domiciliul bolnavului – 723 ore.

Analizând mai detaliat lucrul medicului de familie la domiciliul bolnavului, am constatat ca bolnavii sunt examinați mai mult timp la domiciliu în comparație cu ambulatorul, revenind în medie câte $7,7 \pm 0,25$ minute la un bolnav matur și $6,1 \pm 0,23$ minute la un copil.

Distribuirea timpului de lucru al medicului de familie pe parcursul unei zile este prezentă în figura nr. 1.

Putem concluziona că lucrul medicului de familie este tensionat și se caracterizează printr-o complexitate multiplă de activități ce este în dependență de numărul și contingentul bolnavilor, a vizitelor la domiciliu, fluxul informațiilor și întrebărilor parvenite în ceea ce privește stabilirea corectă a diagnosticului și tratamentului.

INFLUENȚA FACTORILOR DETERMINANȚI ÎN UTILIZAREA RAȚIONALĂ A TIMPULUI DE LUCRU A MEDICILOR DE FAMILIE

Orice activitate poate fi efectuată cu diverse mijloace, prin multiple modalități și în diferite condiții. În dependență de aceasta va varia și timpul necesar pentru efectuarea activităților. Factorii, care influențează asupra timpului de realizare a unui lucru, pot fi divizați în două categorii de bază. Prima categorie îi include pe cei ce sunt influențați nemijlocit de condițiile

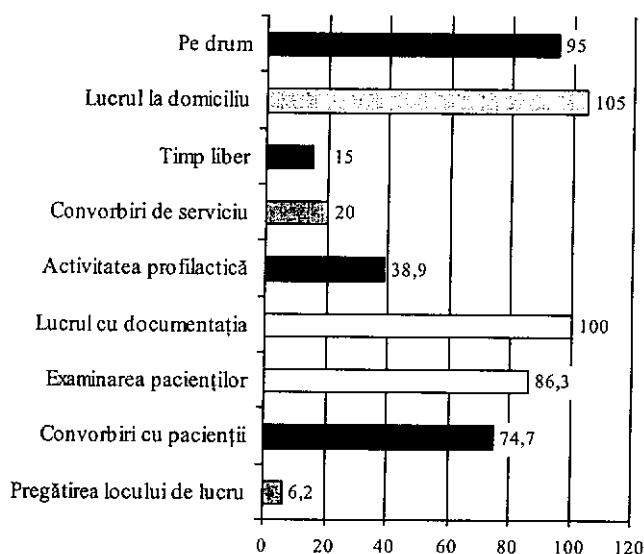
Tab. 2

Repartizarea timpului consumat de către medicul de familie pe parcursul unei zile de muncă pentru completarea documentației

Nr.	Denumirea documentației	Timpul utilizat pe zi (în minute)	Media pentru o unitate	Ponderea față de timpul întregii zile de muncă (%)
1.	Fișa medicală de ambulator a bolnavului	35	$3,3 \pm 0,03$	7,1
2.	Fișa medicală a copilului	16,8	$3,4 \pm 0,03$	3,3
3.	Fișa de dispensarizare	8,9	$2,05 \pm 0,038$	1,8
4.	Registru de evidență a solicitărilor la domiciliu	5,6	$5,6 \pm 0,1$	1,1
5.	Prescrierea rețetelor	23,8	$2,24 \pm 0,025$	4,7
6.	Altă documentație	9,1	$10 \pm 0,04$	1,9
7.	Total	99,2	$4,43 \pm 0,04$	19,9

Fig. 1

Cronograma zilei de muncă a medicului de familie la nivel rural, media în minute



externe în care are loc activitatea medicală, iar cea de-a doua – factorii dependenți de însăși cel ce muncește.

La prima categorie de factori putem include: metodele de organizare a asistenței medicale primare, metodele de diagnosticare și tratament, aranjarea locului de lucru, înzestrarea cu aparataj medical, condițiile sanitare și igienice etc.

Factorii subordonați de însăși angajatul medical sunt de asemenea multipli și depind de vârsta, sex, vechimea în muncă, calificarea medicului de familie și corespunderea lui cu activitatea efectuată. Luând în considerație că în Republica Moldova specialitatea de medic de familie a fost îmbrățișată de foștii medici de sector, care activau în calitate de terapeut, pediatru sau alte specialități, am considerat și acest factor drept determinant al timpului de muncă (schema nr. 1).

Reieșind din faptul că în republică metoda de organizare a AMP este unica și condițiile de lucru sunt aproximativ similare la toți medicii de familie, ne-am propus de a examina mai detaliat a doua grupă de factori – cei dependenți de medicul care exercită activitatea.

Am studiat trei din acești factori: sexul, categoria de calificare a medicului de familie și specialitatea de până la medic de familie.

Repartizarea medicilor de familie supuși fotocronometriei în dependență de sex este de 58,2 % femei și 41,8 % bărbați. Analizând ziua de muncă separat conform acestui factor, s-a constatat că bărbații se află, în medie, mai mult timp la serviciu 8 ore 45 minute ($525 \pm 7,9$ minute) în comparație cu femeile – 8 ore ($480 \pm 7,6$ minute). Dacă examinăm ziua de muncă după activități, evidențiem un timp mai îndelungat folosit de bărbați pentru convorbirile cu bolnavii $92,0 \pm 0,4$ minute și pentru examinarea pacienților $96,3 \pm 0,2$ minute. Pe când femeile utilizează pentru aceste activități câte $67,3 \pm 0,3$ minute și $79,1 \pm 0,2$ minute respectiv. De asemenea bărbații le dedică cu 4,5 minute mai mult convorbirilor de serviciu. În schimb, la completarea documentației femeile consumă mai mult timp cu 11,2

Schema 1

Factorii determinanți în utilizarea timpului de muncă a medicului de familie

Factorii ce influențează asupra timpului de efectuare a lucrului

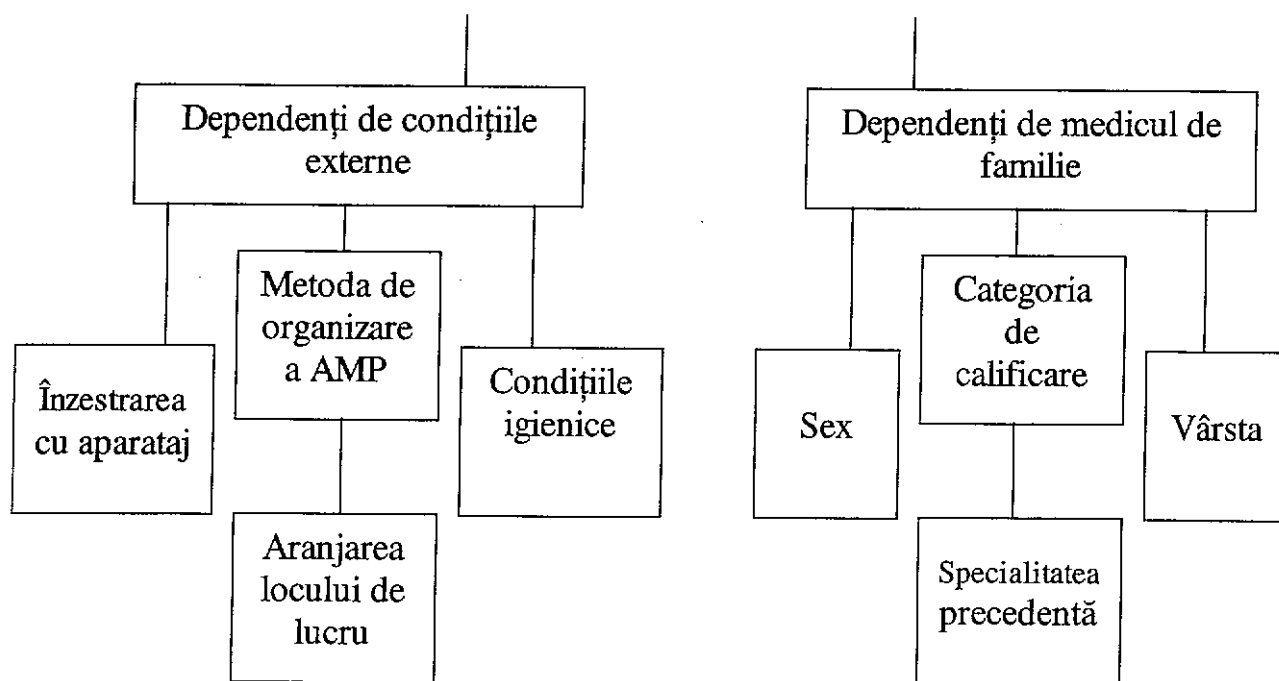
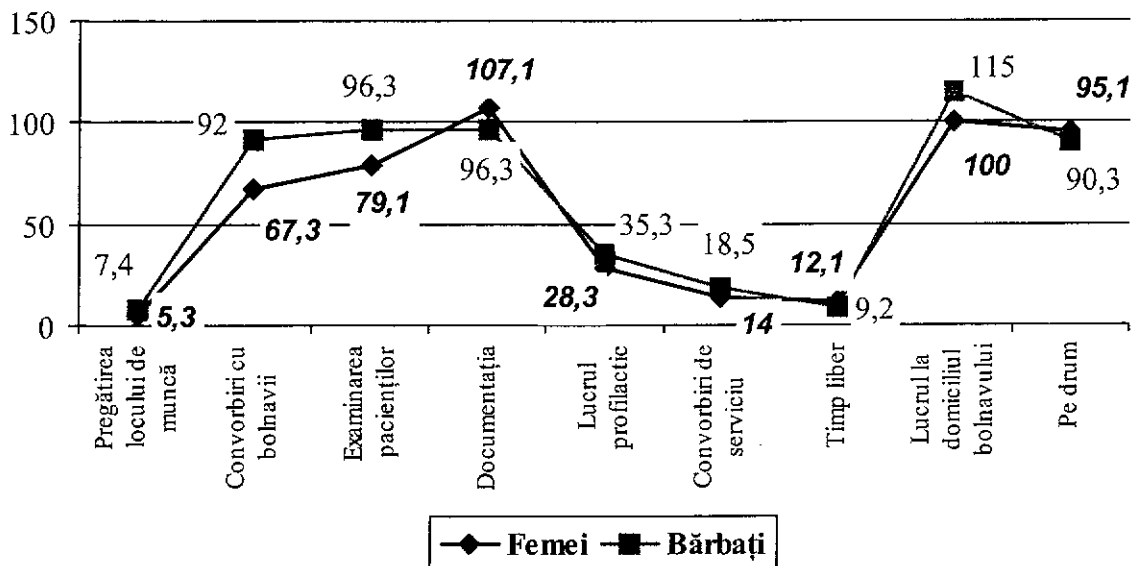


Fig. 2

Repartizarea timpului unei zile de muncă pentru diferite activități în dependență de sexul medicului de familie (media în minute)



minute. Un decalaj de 15 minute în plus la bărbați s-a depistat la consultarea pacienților la domiciliu. Pe când timpul pierdut pe drum este mai mare la femeii cu 5,2 minute (figura nr. 2).

Datele figurii nr. 2 ne evidențiază o diferență de timp la exercitarea tuturor activităților. Apare întrebarea: este oare această diferență semnificativă din punct de vedere statistic? Răspunsul l-am primit prin testul t-Student. Calculele au apreciat o diferență semnificativă (t-Student = 4,1) cu o probabilitate de 99 % (p < 0,01). Aceasta ne demonstrează că sexul poate fi considerat drept factor determinant în utilizarea timpului de lucru a medicului de familie.

Un alt factor studiat a fost categoria de calificare a medicilor de familie. Din acest punct de vedere s-a remarcat că 25,5% din medici posedă categoria superioară de calificare; 20,4% – categoria I; 14,3% – II și 39,8% nu dispun de categorii de calificare (figura nr. 3).

Rezultatele sintezei nu au testat o diferență semnificativă (p > 0,05) conform categoriilor I, II și fără categorie. Media duratei unei zile de muncă fiind de: la medicii de I categorie – 8 ore 35 minute (515 ± 8,3 minute); la cei cu categoria a II – 8 ore 37 minute (517 ± 8,0 minute) și la cei ce nu posedă categorii de calificare – 8 ore 30 minute (510 ± 9,6 minute).

O diferență semnificativă (p < 0,01) s-a depistat între timpul de lucru al medicilor de familie cu categoria superioară și ceilalți medici. Medicii cu categoria superioară utilizează rațional ziua de muncă, folosind mai puțin timp pentru toate activitățile și se află la serviciu în medie 7 ore 47 minute (467 ± 9,2 minute).

Rezultatele studiului cronometric, au evidențiat că 16,3 la sută din intervievați și-au început activitatea în medicina de familie, fiind inițial specializați în acest domeniu. Ceilalți, până la profesia dată au posedat alte specialități. Drept specialități precedente au fost: terapeuți de sector în 29,6 la sută cazuri, pediatri – 37,8 la sută și alte domenii – 16,3 la sută.

Examinând mai detaliat acest factor, am determinat inexistența unei diferențe semnificative (t-Student = 1,2) (p > 0,05) a duratei zilei de muncă la medicii de familie foști terapeuți, la

cei veniți primar și cei de alte specialități. Diferența (p < 0,01) a fost apreciată numai la foștii pediatri de sector. Ei se află la serviciu în medie cu 45 minute mai puțin. Raționalizarea este din contul consultațiilor la domiciliul bolnavului și a timpului pierdut pe drum.

În sumar putem constata drept factori determinanți ai utilizării timpului de lucru categoria de calificare a medicului de familie și sexul. Specialitatea precedentă cu timpul va fi exclusă din acești factori.

Pentru stabilirea modalităților de excludere a factorilor determinanți și de raționalizare a timpului de muncă a medicului de familie pe parcursul întregii zile, cât și la efectuarea diferitor activități este necesar de calculat așa indici cum sunt: timpul cheltuit în zi pentru deservirea pacienților în condiții de ambulator și timpul cheltuit pentru deservirea bolnavilor la domiciliu.

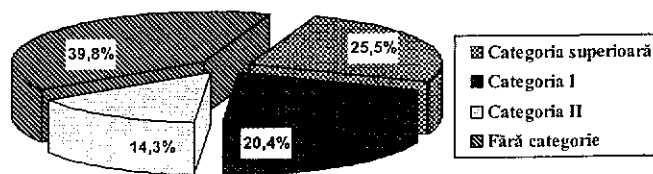
Timpul cheltuit în zi pentru deservirea pacienților în condiții de ambulator a fost calculat după formula nr. 2. Înlocuind datele în formulă primim:

$$Tk = \frac{4,8 + 5,5 + 5,6}{60} \cdot 15,6 = 4 \text{ ore } 13 \text{ min}$$

Timpul cheltuit pentru deservirea bolnavilor la domiciliu a fost calculat după formula nr. 3. Înlocuind datele în formulă primim:

Fig. 3

Structura eșantionului conform categoriei de calificare a medicului de familie



Consumul real al timpului de lucru a medicului de familie pentru diferite activități (în minute)

Nr.	Felul activității	La primire		La domiciliu	
		Maturi	Copii	Maturi	Copii
1.	Convorbiri cu pacientul	4,8±0,03	4,8±0,03	6,5±0,1	6,5±0,1
2.	Examinarea pacientului	5,7±0,05	5,3±0,06	7,7±0,2	6,1±0,2
3.	Completarea fișei medicale	3,3±0,03	3,4±0,03	3,3±0,03	3,4±0,03
4.	Prescrierea rețetelor	2,2±0,03	2,2±0,03	2,2±0,03	2,2±0,03
5.	Total pentru un pacient	16	15,7	19,7	18,2

$$Tkd = \frac{6,1 + 3,7 + 5,7 + 20,5}{60} \cdot 4,4 = 2 \text{ ore } 37 \text{ min}$$

Conchidem că medicul de familie lucrează cu pacienții în ambulator 4 ore 13 minute și 2 ore 37 minute la domiciliu. Sumar – 6 ore 50 minute de lucru cu pacienții. Deoarece durata medie a zilei de lucru este de 8 ore 20 minute, primim o oră și jumătate în care medicul de familie îndeplinește activități ce nu sunt nemijlocit atribuite pacientului.

În baza rezultatelor obținute a analizei timpului necesar medicului de familie la examinarea tuturor pacienților în ansamblu și la efectuarea diferitor activități în particular, pentru optimizarea lor și utilizarea rațională a timpului de lucru se recomandă următoarele norme de lucru (tabelul nr. 3).

Deci, lucrul medicului de familie este tensionat și se caracterizează printr-o complexitate multiplă de activități ce este în dependență de numărul și contingentul bolnavilor, a vizitelor la domiciliu, fluxul informațiilor și întrebărilor parvenite în ceea ce privește stabilirea corectă a diagnosticului și tratamentului.

CONCLUZII

1. În activitatea medicului de familie este importantă folosirea eficientă și rațională a timpului de lucru.

2. Analiza activității medicului de familie prin utilizarea metodei fotocronometrice a evidențiat următoarea structură a zilei de muncă: pregătirea locului de muncă – 1,2%; convorbirile cu bolnavii sau / și cu părinții copiilor bolnavi – 14,9%; examinarea bolnavilor maturi – 11,9%; examinarea copiilor 5,2%; lucrul cu documentația – 19,9 %; convorbiri de serviciu – 4,0 %; timpul liber – 3,0 %; lucrul la domiciliu – 20,9%; timpul pierdut pe drum – 19,9 %.

3. Rezervele de timp în activitatea medicilor de familie sunt din conținutul pregătirii locului de lucru, a completării documentației și a timpului pierdut pe drum.

4. Analiza cronometrică a întregii săptămâni de muncă a demonstrat că medicul de familie este supraîncărcat și lucrează în medie câte 48,25 ore. Acest fapt este cauzat de creșterea adresabilității la medicul de familie și de insuficiența cadrelor la nivel rural.

5. Rezultatele obținute au evidențiat faptul că 14,9 la sută din medici de familie sunt nevoiți să deservească două sau mai multe sectoare.

BIBLIOGRAFIE

1. **Afilon Jompan.** Medicina familiei. – Timișoara: Editura Helicon, 1997. – 188 p.
2. **Duda Rene Corneliu.** Sănătate Publică și Management. – Iași: Moldotip, 1996. – 213 p.
3. **Enăchescu D.** Medicină socială – element de biostatistică. – București, 1990. – 204 p.
4. **Mureșanu P.** Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate. București: Editura medicală, 1989. – 573 p.
5. **Гаджиев П. С., Черниенко Е.И., Ключарова М.М., Варзина Г.А.** Затраты рабочего времени медицинского персонала сельского врачебного участка. // Сов. Здравоохранение. – 1989. - № 7.-С. 10-14.
6. **Йодко Н.Е.** Социально-гигиенические и организационные аспекты эффективности труда участковых врачей и медицинских сестер: Автореф. дис... д-ра. мед. наук: 14.00.33. / НИИСГОЗ им. Н.А. Семашко – Москва, 1978. – 25 с.
7. **Канеп В.В., Липовецкая Л.Л., Дильдаров Л.Л.** Пути сокращения потерь годового фонда рабочих дней врачей амбулаторно-поликлинических учреждений. // Сов. Здравоохранение. – 1982. – № 8. – С. 15-20.
8. **Спинеи Ф.Д.** Использование бюджета рабочего времени медперсоналом профильных отделений ЦРБ и пути совершенствования его труда на перспективу. // Здравоохранение. – 1987. – № 3. – с. 32-34.
9. **Шипова В.М., Гаврилов В.А., Мисник Ю.Н.** Нормирование труда в здравоохранении. // Сов. Здравоохранение. – 1989. – № 6. – С. 5-9.

EVALUAREA SUPRAVEGHERII SANITARE ȘI A INFLUENȚEI FACTORILOR OCUPAȚIONALI ASUPRA SISTEMULUI CARDIOVASCULAR AL OPERATORILOR LA COMPUTERE

O. Tafuni

Catedra Igienă generală, USMF „Nicolae Testemițanu”

The exertion of the organism of computer operators was studied. A complex method for the analysis of work, the characteristic of occupational factors, dynamic investigation of some physiological indicators of the cardiovascular system, psychophysiological indicators regarding the efforts and neuropsychic, the postural characteristic, the investigation of subjective symptoms and health was used. The reduced exertion, determined by the posture and movements of the upper limbs, cardio-vascular system exertion were revealed. Ergonomical measures to prevent the maximal exertion and to optimise the conditions of work were determined.

Key words: video-terminals, physiological indicators, posture, ergonomically measures

Actualmente computerele au cea mai largă aplicație în toată lumea, în toate domeniile de activitate. Datorită acestui fapt a apărut problema supravegherii igienice preventive diferențiate a obiectivelor în care vor fi instalate computerele. O supraveghere preventivă riguroasă are ca scop păstrarea și promovarea sănătății personalului, crearea condițiilor inofensive sau chiar optime de muncă, ce ar da posibilitatea de a reduce considerabil morbiditatea generală și de a o exclude pe cea profesională.

Progresul tehnico-științific impune anumite modificări și adaptări în supravegherea igienică, dar oricare ar fi modalitățile de realizare ale supravegherii, scopul rămâne același – de a implementa măsuri de asanare și de profilaxie a morbidității lucrătorilor. Astfel, supravegherea igienică devine tot mai exigentă și mai performantă, fapt de care ne-am convins cercetând obiectivele serviciului de informații telefonice „909”.

Studiul efectuat corespunde preocupărilor Guvernului Republicii Moldova prevăzute în Programul național de profilaxie și combatere a bolilor cardiovasculare în Republica Moldova pe anii 1998-2002 (Hotărârea nr. 1114 din 02.XII.1997), și dispoziția Ministerului Sănătății din 26.12.2001 nr. 01-9/2192.

SCOPUL

Elaborarea bazelor științifice de supraveghere igienică, studierea complexă a factorilor ocupaționali ai operatorilor serviciului informațional „909” și eventuala influență a lor asupra SCV, ameliorarea parametrilor ergonomici ai locurilor de muncă, și de organizare a complexelor de asanare pentru sporirea productivității muncii, menținerea sănătății și profilaxia morbidității profesionale.

OBIECTIVELE

1. Studiarea particularităților muncii operatorilor serviciului de informații din telecomunicații;
2. Stabilirea specificului supravegherii igienice preventive și curente diferențiat pentru acest gen de activitate.
3. Determinarea particularităților locurilor de muncă ale operatorilor și crearea unui sistem ergonomic unic, rațional pentru menținerea capacității de activitate.

MATERIAL ȘI METODE

S-a folosit o metodologie de cercetare complexă, efectuându-se următoarele:

- Analiza activității operatoarelor.
- Caracterizarea mediului de muncă prin determinarea: microclimatului (temperatura, umiditatea relativă, viteza curenților de aer), iluminării, (măsurarea nivelurilor de iluminare pe planul din zona de muncă și în încăpere), nivelului acustic.
- Aprecierea poziției corpului în timpul muncii.
- Descrierea mobilierului și elementelor constructive (forme, dimensiuni, amplasare).
- Investigarea în dinamică a unor indicatori fiziologici și psihologici.
- Aplicarea probelor privind funcțiile vizuale și neuropsihice în dinamică la operatorii sănătoși.

În calitate de obiect de studiu au fost selectate operatoarele, locul de muncă și mediul ocupațional al serviciului de informații din telecomunicații.

În cercetările fiziologice au fost implicate 60 de operatoare practic sănătoase, în vârstă de 20-30 ani, cu vechime în muncă mai mult de 3 ani și stare socială identică. Au fost efectuate 6048 de investigații ale sistemului cardiovascular, 1300 investigații ale factorilor mediului ocupațional, cronometrate 40 de zile-muncă.

Datele au fost calculate statistic.

REZULTATELE OBȚINUTE, DISCUȚII

La supravegherea igienică s-a ținut cont în primul rând, de procesele tehnologice noi, utilajele și aparatele noi, care ar putea influența sănătatea operatoarelor-telefoniste. Totodată, aici s-a acordat atenția înzestrării și amplasării computerelor.

Serviciul de informații telefonice „909” se perfecționează permanent, de aceea supravegherea igienică preventivă trebuie să fie exigentă. Orice obiectiv în construcție, inclusiv stațiile telefonice, începe de la proiect. În timpul expertizei proiectului se vor lua în considerație factorii ce ar putea exercita o influență negativă asupra sănătății operatoarelor, luându-se măsuri de optimizare igienică a condițiilor de muncă chiar la stadiul de proiectare.

Expertiza igienică a proiectelor permite de a înlătura neajunsurile igienice și abaterile de la normele de construcție,

de a implementa soluții noi, progresive de menținere a condițiilor oprime de muncă. În timpul supravegherii sanitare preventive trebuie să se ia în considerare faptul ca toată documentația de proiect să reflecte exigențele față de construcția obiectivelor, amenajarea sanitaro-tehnică și de încăperile de uz social.

Totodată, în timpul edificării obiectivelor serviciului de informații telefonice trebuie la timp să se găsească și să se înlăture inconvenientele de ordin igienic, abaterile de la normele de construcție. Astfel de locuri în timpul construcției se pot stabili prin metode de investigații instrumentale și de laborator, rezultatele obținute fiind comparate cu normativele și regulile igienice. În studiile noastre referitoare la supravegherea igienică preventivă a obiectivelor serviciului de informații telefonice „909”, noi am determinat următorii indici: nivelul de iluminare, temperatura, umiditatea aerului, zgomotul, vibrațiile, intensitatea undelor electromagnetice etc. La estimarea indicilor menționați am utilizat normativele tehnice în vigoare, normativele referitoare la tehnologiile și utilajele noi, standardele ce reglementează condițiile de muncă.

La etapa de supraveghere igienică preventivă s-au respectat strict exigențele expuse în standardele de inofensivitate a muncii, ținându-se cont nu numai de cerințele generale, ci și de particularitățile (specificul) muncii operatoarelor. Folosindu-ne de documentele expuse mai sus, noi am demonstrat că în stadiul de supraveghere igienică preventivă asupra obiectivelor serviciului de informații telefonice „909” trebuie, în primul rând, să apreciem factorii ocupaționali specifici, locul de muncă al operatoarelor-telefoniste optim din punct de vedere ergonomic, aranjarea rațională a elementelor locului de muncă.

În timpul supravegherii igienice curente, după cum au depistat studiile noastre, e necesar de respectat strict condițiile microclimatice în încăperile de lucru ale operatoarelor-telefoniste, dinamica factorilor fizici și chimici.

De asemenea, este necesar de efectuat controlul locului de muncă a operatoarelor-telefoniste (prin metoda de anchetare și prin studii ergonomice), deoarece necoresponderea locului de muncă și a indicilor antropometrici ai operatoarelor-telefoniste poate duce la oboseală precoce, iar poziția incomodă timp îndelungat poate servi drept premisă pentru patologii profesionale ale telefonistelor.

Din cele expuse mai sus, concluzionăm, că organizarea corectă a locului de muncă poate fi considerată drept măsură de profilaxie a patologiilor profesionale, iar regimurile de muncă propuse de prof. Gh. Ostrofeș la stadiul de supraveghere igienică curentă sunt mai eficiente în profilaxia morbidității și a stărilor premorbide ale operatoarelor.

O astfel de analiză diferențiată a rezultatelor supravegherii igienice preventive și curente ne-a servit drept bază pentru elaborarea măsurilor de profilaxie și ca punct de reper pentru determinarea influenței factorilor ocupaționali asupra indicilor preponderenți ai stării sănătății operatoarelor-telefoniste.

În supravegherea igienică preventivă și curentă a muncii operatoarelor-telefoniste un loc aparte îl ocupă determinarea factorilor ocupaționali.

Analizând rezultatele investigațiilor prezentate, am constatat că nici unul din factorii fizici studiați (nivelul de zgomot, de unde electromagnetice, de câmp electrostatic, de iluminare) nu au depășit normele igienice existente.

Deci, factorii fizici din zona ocupațională pot fi incluși în grupul de factori de intensitate mică, deoarece nivelurile acestora se încadrează în limitele normativelor igienice.

Se știe, că factorii de intensitate mică ai mediului pot avea asupra organismului o influență benefică numai un timp relativ scurt. Influențând, însă, asupra organismului angajaților timp îndelungat, acești factori pot prezenta un efect de cumulare, creând astfel premise pentru apariția stărilor premorbide.

Conchidem, că deși factorii ocupaționali ai operatoarelor nu depășeau indicii normativi, ei trebuie să impună o atenție permanentă, deoarece numai controlul regulat și planificat al acestor factori ne-a permite să prevenim la timp apariția unui fundal favorabil dezvoltării eventuale a patologiilor profesionale.

Analiza componentelor sistemului ergonomic, clasificarea corelațiilor componentelor lui, metodele de studii ergonomice se fac cu scopul de a stabili influența factorilor asupra organismului uman, de a elabora recomandări de optimizare a lui și a locului omului în acest sistem.

Investigațiile igienice se fac în fond pentru a determina starea mediului ocupațional și de a stabili inconvenientele în construcția utilajelor, acestea din urmă agravând condițiile de muncă. În urma unui astfel de studiu se elaborează recomandări întru ameliorarea organizării locurilor de muncă, aici la concret stabilindu-se poziția comodă în timpul lucrului, viteza admisibilă, traiectoria și numărul de mișcări, gradul de efort necesar pentru o activitate rațională la muncă; totodată se determină corelația informațională operator-computer.

Deci, studierea sistemelor ergonomice se realizează în baza investigațiilor igienice ale condițiilor de muncă; investigațiilor fiziologice, cu ajutorul cărora se determină starea funcțională a organismului operatoarelor; aplicarea metodelor ergonomice pentru constatarea particularităților de construcție a utilajelor.

În ergonomie, în fond, se aplică aceleași metode igienice și fiziologice de studiu ca și în fiziologia muncii, cu prevalența metodelor de studiere a aparatului locomotor, a sistemului nervos și a organelor senzoriale.

Noi am examinat ergonomia locurilor de muncă ale operatoarelor-telefoniste, deoarece în timpul anchetării majoritatea dintre ele prezentau acuze de loc de muncă incomod, cu supraîncordarea precoce a organismului în timpul lucrului.

Astfel, noi am determinat starea funcțională a organismului operatoarelor-telefoniste conform indicilor cronometrajului zilei, ciclului de lucru, sistemului nervos central, cardiovascular și neuro-muscular, determinați deasemenea în decursul turelor și al ciclului de lucru până la raționalizarea locului de muncă. Analizând rezultatele obținute din investigațiile fiziologice au fost constatate modificări ce denotă o oboseală vădită atât spre sfârșitul zilei de muncă, cât și spre sfârșitul ciclului de lucru.

Dintre indicii cronometrajului noi ne vom referi numai la timpul de bază în activitatea operatoarelor-telefonice. Astfel, în prima oră a primei zile din ciclul de activitate în prima tură operatoarele au fost ocupate cu lucrul de bază 34,7-37% din tot timpul de lucru, în tura a doua 55,7-55,5%, iar la sfârșitul zilei respectiv 55,6-56,7 în prima tură și 33,3-36,1% în tura a doua.

Determinând modificările indicilor sistemului nervos central, perioada latentă a reacțiilor videomotorii și audiomotorii, care la începutul zilei au fost luate drept 100%, s-a constatat, că spre sfârșitul zilei de muncă ele atingeau respectiv 140% și 123%, corespunzător, iar spre sfârșitul ciclului de lucru acești indici prezentau o sporire de 150 și 133%.

Indicii sistemului neuromuscular – forța musculară la începutul zilei de muncă constituia 100%, iar la sfârșitul ei scădea până la 75%, spre finele ciclului de lucru – până la 70%; dacă rezistența musculară la începutul zilei constituia 100%, spre

s sfârșitul zilei de muncă ea era de 65%, iar la sfârșitul ciclului – de 50%; tremurul fiziologic de la 100% la începutul zilei creștea spre sfârșitul zilei până la 138%, iar spre sfârșitul ciclului de lucru – până la 145%.

Sistemul cardiovascular – frecvența cardiacă a prezentat o scădere față de 100% de la începutul zilei până la 98% spre sfârșitul ei și de 93% spre sfârșitul ciclului de lucru; aceleași tendințe de modificări a prezentat și tensiunea arterială sistolică – o scădere până la 91% spre sfârșitul zilei și până la 83% spre sfârșitul ciclului de lucru, tensiunea diastolică de asemenea – de la 100% de la începutul zilei a scăzut spre sfârșitul ei până la 98%, iar spre sfârșitul ciclului de lucru – până la 88%; tensiunea pulsatilă – de la 100% de la începutul zilei s-a redus până la 77% la sfârșitul zilei de muncă și respectiv până la 73% la sfârșitul ciclului de lucru.

Datoria rezultatelor investigațiilor fiziologice și anchetărilor operatoarelor-telefoniste s-a depistat o oboseală precoce ale acestora, care rezultă din poziția incomodă a corpului în timpul muncii. Din astfel de considerente noi am făcut investigații ergonomice ce aveau ca scop perfecționarea locurilor de muncă și ameliorarea poziției corpului.

Analiza rezultatelor obținute a arătat că pentru optimizarea condițiilor de muncă ale operatoarelor care activează la computere este rațional să se implementeze unele propuneri de perfecționare a locului de muncă și de optimizare a poziției corpului:

- Instalarea pe suprafața de lucru a dispozitivelor ce permit reglarea unghiului de înclinare a ecranului. Aceasta se face cu scopul de a reduce încordarea analizatorului optic.

- În părțile de sus și laterale se vor instala ecrane de protecție a monitorului cu lățimea de 10 cm pentru a evita reflectările și sclipirile nedorite pe suprafața monitorului.

- Pentru a asigura o poziție cât mai comodă a corpului, o distanță corespunzătoare până la tastatură și monitor, locurile de muncă vor fi dotate cu fotolii rulante având înălțimea, lățimea, adâncimea reglabile conform indicilor antropometrici ai lucrătorilor. Înălțimea poate fi modificată de la 40 până la 56 cm, lățimea – de la 47 până la 56 cm, adâncimea – de la 45 până la 48 cm.

- Speteaza, suporturile pentru brațe ale fotoliilor, de asemenea, vor fi reglabile, astfel obținându-se o încărcătură ortostatică uniformă a coloanei vertebrale. Înălțimea spetezei scaunului poate varia de la 11 până la 28 cm.

- Pentru a ameliora circuitul sanguin al organelor abdominale și al membrilor inferioare la locurile de muncă se vor instala suporturi pentru picioare, reglabile după înălțime. Aceasta va asigura o funcționabilitate mai bună a sistemului cardiovascular.

În urma perfecționărilor ergonomice ale locului de muncă și a poziției corpului operatoarele au fost satisfăcute de locurile noi de muncă și au apreciat pozitiv modificările.

Totuși, noi nu ne-am limitat numai la aprecierile subiective, ci am repetat investigațiile fiziologice și cronometrice după același model ca până la perfecționările ergonomice. În acest caz indicii fiziologici s-au prezentat astfel (comparativ cu convenționalul 100% de la începutul zilei de muncă):

Sistemul nervos central – perioada latentă a reacției video-motorii – 132,7% la sfârșitul zilei de muncă, 141% – spre sfârșitul ciclului de lucru; perioada latentă a reacției audio-motorii respectiv 118% și 123%.

Aparatul neuromuscular: forța musculară s-a redus spre sfârșitul zilei de muncă până la 87%, spre sfârșitul ciclului de lucru – până la 86%, rezistența musculară – până la 70% și 55%

respectiv; tremurul fiziologic a crescut de la 100% până la 128% spre sfârșitul zilei și până la 132% spre sfârșitul ciclului de lucru.

Sistemul cardiovascular – frecvența pulsului – 111% și 110% spre sfârșitul zilei și a ciclului de lucru, tensiunea sistolică s-a redus până la 96% și 94% respectiv, cea diastolică la sfârșitul zilei a crescut până la 101%, iar spre sfârșitul ciclului s-a redus până la 99,0%, tensiunea pulsatilă și ea fiind în descreștere spre sfârșitul zilei de muncă până la 89%, iar spre sfârșitul ciclului – 86,9%.

Astfel, am constatat, că ameliorările indicilor fiziologici, survenite în urma recomandărilor noastre, corespund incontestabil exigențelor ergonomice în sistemul om-mașină. La rândul său, astfel de modificări pozitive au diminuat considerabil riscul de suprasolicitări ale văzului pe parcursul zilei și ciclului de lucru.

Deși indicii fiziologici după modificările ergonomice au prezentat o oarecare ameliorare, totuși, ei nu au fost suficient de stabili, fapt ce ne-a impus necesitatea optimizării regimului de muncă și odihnă al operatoarelor-telefoniste.

Conștientizând faptul că investigațiile ergonomice se fac în scop profilaxiei oboselii, noi am modificat algoritmul acestor investigații, deoarece studiarea stării sănătății și a productivității muncii se face numai pe eșantioane de lucrători care se află în condiții similare, fiindcă locul de muncă nerațional, incomod poate fi un factor de reducere a productivității și de apariție a oboselii precoce.

Pe un astfel de fundal analiza materialelor experimentale obținute ulterior poate prezenta anumite dificultăți, deoarece locul incomod de lucru servește drept cauză de artefact ce nu depinde nemijlocit de obligațiile profesionale ale operatoarelor-telefoniste.

Munca operatoarelor-telefoniste este încordată și emoțională. Ele exercitându-și funcțiile profesionale timp îndelungat reacționează diferit la influența factorilor ocupaționali, această reacție manifestându-se prin modificările unor indici care caracterizează funcția sistemului cardiovascular.

Astfel, cercetând regimurile de muncă și odihnă propuse de Gh. Ostrofeț noi am atras o atenție deosebită asupra modului de adaptare a sistemului cardiovascular la aceste regimuri.

Este cunoscut, ca dereglările homeostazei și ale mecanismelor de adaptare-compensatorii, cauzate de diverși factori ocupaționali, supraîncordările neuroemoționale ale operatoarelor-telefoniste se reflectă, în primul rând, asupra indicilor funcționali ai sistemului cardiovascular.

Frecvența pulsului este un indice foarte labil și determinarea ei, în special în timpul lucrărilor cu încordări neuroemoționale, prezintă interes numai atunci când datele obținute sunt comparate cu complexul de indici care caracterizează starea sistemului cardiovascular.

Mulți autori consideră că frecvența pulsului și tensiunea arterială trebuie să se determine concomitent (1).

În fiziologia muncii adesea se determină tensiunea arterială (1,2). Unii autori subliniază, că încordarea permanentă a centrelor vasomotorii provoacă o creștere a tensiunii arteriale, ceea ce indică, după spusele lui M. Vinogradov (170) o „fază de accept al sistemului cardiovascular” pentru lucrul intens. Creșterea tensiunii arteriale poate fi diferită după grad, durată și persistență. Stările de hipertensiune arterială sunt cauzate primar de modificările în sistemul nervos central și secundar, de modificările neuro-humorale. Patogenia hipertensiunii arteriale se explică prin formarea focarului dominant în centrul vasopresor (2, 3).

Astfel de dominantă se poate forma ușor dacă înspre acest centru vor veni permanent impulsuri de intensitate și frecvență

optimă, care vor iradia din scoarță cerebrală. Asemenea fenomene au loc întotdeauna la supraîncordări neuroemoționale.

Frecvența pulsului depinde în mare măsură și de excitațiile din afară. La unii angajați care exercită o activitate cu supra-solicitare nervoasă se schimbă frecvența contracțiilor cardiace, ceea ce poate fi explicat prin legătura directă dintre centrele scoarței cerebrale și „nervii de accelerare ai cordului”.

Influența activităților profesionale asupra tensiunii arteriale deocamdată este studiată insuficient (1,2). Majoritatea autorilor arată că tensiunea arterială mărită se observă mai frecvent la persoanele ce exercită muncă cu încordare nervoasă sau neuroemoțională (2, 3).

Majoritatea studiilor confirmă interrelațiile funcției sistemului cardiovascular cu supraîncordările nervoase. Explicarea mecanismelor fiziologice ale acestui fenomen se face doar aproximativ, prin iradierea excitațiilor din centrele scoarței cerebrale spre centrele regulatorii ale sistemului cardiovascular.

Se știe că traumatismele (stresurile) psihice, suprasolicitarile nervoase adesea măresc tensiunea arterială (4).

Pentru a determina reacția sistemului vascular al persoanelor sănătoase s-a măsurat tensiunea arterială în timpul excitației lor neuroemoționale. S-a stabilit că în asemenea situații tensiunea sistolică în majoritatea cazurilor crește cu 30-40 mm Hg, iar cea diastolică – cu 20-30 mm Hg. Deci putem conchide că tensiunea sistolică este mult mai sensibilă la acțiunea factorilor emoționali.

E cazul să menționăm că în studierea adaptabilității funcționale a organismului operatorilor-telefoniste la lucru, toate investigațiile se vor face nemijlocit la locul și în timpul muncii în dinamica turei, ciclului de lucru.

Unii autori (1, 5) au studiat modificările temperaturii corpului, presiunii arteriale, frecvenței pulsului și alți indici la dispecerii panourilor de comandă. Astfel, ei au determinat că în timpul lucrului supraîncordat frecvența pulsului, forța musculară se reduceau, iar modificările tensiunii sistolice în decurs de 24 de ore erau de 7-10 mm Hg. Tot la acești specialiști s-a stabilit o creștere a duratei sistolei la frecvența pulsului mărită. În urma investigațiilor autorii au conchis că lucrul la panourile de comandă inhibă centrele scoarței cerebrale, care la rândul lor reduc activitatea diferitelor sisteme ale organismului. Aceste reduceri ale activității determină ritmul circadian al funcțiilor fiziologice.

Cele expuse mai sus confirmă că frecvența pulsului, nivelul tensiunii arteriale reflectă gradul de supraîncordare neuroemoțională în timpul lucrului operatorilor.

În legătură cu această concluzie ținem să menționăm, că la studierea stării funcționale a organismului în timpul lucrului o importanță deosebită are determinarea frecvenței pulsului și a tensiunii arteriale.

Pentru caracterizarea complexă a sistemului cardiovascular am aplicat metodele fiziologice tradiționale, metode ce nu întrerup lucrul mai mult de 3 minute pentru fiecare lucrător aflat în investigații. În consecință, conform indicilor obținuți noi am ales regimurile cele mai favorabile propuse de Gh. Ostrofeț, (6, 7, 8) pentru indicii cardiovasculari.

Modificările indicilor fiziologici care caracterizează sistemul cardiovascular: frecvența cardiacă – $75,1 \pm 1,5$ la începutul turei și $70,7 \pm 0,96$ ($p < 0,02$) – la sfârșitul ei; tensiunea arterială sistolică – la începutul zilei de muncă $103,1 \pm 2,18$, – $101,2 \pm 1,25$ ($p < 0,1$), la sfârșitul ei și tensiunea diastolică – $61,88 \pm 1,28$ la începutul zilei de muncă și $61,5 \pm 0,88$ ($p < 0,1$) – la sfârșitul ei; tensiunea pulsatilă respectiv $41,25 \pm 0,91$ și $39,69 \pm 1,25$ ($p < 0,1$)

au confirmat, că regimul 2b care are următoarea structură a ciclului ocupațional: două zile de muncă în primul schimb, două zile în schimbul doi, urmând două zile de odihnă. În timpul lucrului cu următoarele pauze reglementate: 1 minut peste o oră de la începutul turei, 10 minute după 2 ore de lucru, peste 3-3,5 ore – pauză la prânz, peste 4 ore – 2 minute și cu două ore până la sfârșitul turei – pauză de 15 minute, este rațional pentru schimbul întâi.

Modificările indicilor fiziologici ce caracterizează sistemul cardiovascular: frecvența cardiacă la începutul turei – $80,69 \pm 1,74$, la sfârșitul ei – $79,3 \pm 1,50$ ($p < 0,001$); tensiunea arterială sistolică respectiv $-100,6 \pm 1,9$ și $97,19 \pm 1,28$ ($p < 0,1$); tensiunea arterială diastolică la începutul turei era de $63,75 \pm 1,41$, iar spre sfârșitul acesteia – $50,69 \pm 0,74$ ($p < 0,1$); tensiunea pulsatilă se prezenta cu $37,19 \pm 0,42$ și $37,19 \pm 0,99$ ($p < 0,1$) au confirmat, că regimul 2a care are următoarea structură a ciclului ocupațional: două zile de muncă în primul schimb, două zile – în schimbul doi, urmând două zile de odihnă. În timpul lucrului cu următoarele pauze reglementate: 5 minute peste o oră de la începutul lucrului, 10 minute peste 2 ore, pauză la prânz peste 3-3,5 ore, 15 minute cu 1,5 ore până la sfârșitul turei, este rațional pentru schimbul doi.

La aprecierea priorității unui sau altui regim de lucru este necesar de a determina indecșii propuși de Organizația Mondială a Sănătății și care ar demonstra gradul de funcționabilitate stabilă a sistemului cardiovascular și dispersia acestor indecși în dinamică. Pe parcursul măsurărilor ea a fost cu mult mai mică decât la studierea indicilor, ce caracterizează sistemul cardiovascular luați aparte.

Încă o măsură de profilaxie eficientă este crearea la obiectivele de telecomunicații a centrelor de asanare și reabilitare dotate cu recomandări separate.

Din cele expuse mai sus putem conchide că numai o investigație complexă – igienică, fiziologică a operatorilor ne poate servi drept bază întru păstrarea sănătății și menținerea unei productivități susținute ale acestui contingent.

CONCLUZII

1. În societatea contemporană serviciul de telecomunicații, inclusiv cel informativ „909”, ocupă un loc aparte, fapt ce impune creșterea numărului de operatori implicați în profesia aceasta.

Totodată, asigurarea condițiilor optime de lucru, profilaxia morbidității profesionale se realizează printr-o supraveghere igienică preventivă și curentă riguroasă, în timpul căreia se iau în considerare diferențiat toate particularitățile specifice muncii operatorilor-telefoniste.

2. În cadrul ocupațional al operatorilor-telefoniste au fost stabiliți următorii factori periculoși și nefavorabili: temperatura și umiditatea relativă a aerului – 21-27°C și respectiv 55,0-62,0%, nivelul: zgomotului – 57,0-60 dBA, undelor electromagnetice – 5,0-10,0 v/m, câmpului electrostatic – 9,0-20,0 kv/m, iluminatului artificial – 170-300 lx; coeficientul iluminatului natural – (CIN) – 1,3-1,8%, factori ce în fond nu depășesc limitele normativilor igienice și deci în ansamblu nu exercită o acțiune negativă asupra organismului operatorilor, nu influențau sănătatea lor.

3. Studiile ergonomice ale locului de lucru și a pozei operatorilor au constatat că unghiurile de vedere deviau întru câțva de la linia optimă a vederii, fapt ce a impus modificări în construcția meselor. Aceste mese au fost dotate cu instalații de manevrare a unghiului de înclinare a ecranului; totodată, din părți și deasupra, monitoarele au fost dotate cu ecrane, ce au micșorat

reflecția și deci au impus micșorarea unghiului de înclinare a gâtului (de la verticală) până la 200. Scaunele de lucru trebuie să fie rotative, de asemenea să fie posibil de a regla, după înălțimea operatoarelor, adâncimea, lățimea, speteaza scaunului; suporturile pentru antebrățe să fie, de asemenea, corespunzătoare indicilor antropometrici și să asigure o poziție comodă operatorilor în timpul muncii. Tot cu același scop locurile de muncă trebuie să fie dotate cu suporturi reglabile după înălțime pentru picioare. Aceste caracteristici igienice și ergonomice au fost confirmate și prin modificările fiziologice ale organismului operatoarelor în dinamică. Indicii au fost determinați până la perfecționarea și după perfecționarea ergonomică a locurilor de muncă și deci a poziției corpului în timpul muncii.

4. Au fost confirmate postulatele Organizației Mondiale a Sănătății că primele semnale ale stărilor premorbide pot fi stabilite numai prin analiza indecșilor specifici. Astfel, analizând minuțios indecșii specifici funcționali ai sistemului cardiovascular al operatoarelor-telefoniste, noi am stabilit că în regimul 2b indexul Quaas la începutul turei se prezenta $19,26 \pm 0,22$, iar la sfârșitul ei $18,8 \pm 0,36$ ($p < 0,1$); minut volumul cardiac – respectiv $5,0 \pm 0,11$ și $4,73 \pm 0,11$ ($p < 0,1$); iar pentru operatoarele-telefoniste care activau în tura a doua, regimul 2a, indexul Quaas la începutul turei era $23,05 \pm 0,40$, iar la sfârșit $19,9 \pm 0,3$ ($p < 0,1$); minut volumul cardiac – respectiv $8,94 \pm 0,25$ și $7,4 \pm 0,11$ ($p < 0,1$).

5. S-a stabilit că una din măsurile profilactice eficiente constă în crearea centrelor de reabilitare, dotate cu cele necesare pentru recuperarea funcțională a organismului – diminuarea încordării neuropsihice, restabilirea funcțiilor analizatorilor

implicați în lucru. Astfel de centre au fost create lângă birourile de informații, luându-se în considerare recomandările noastre specifice pentru această categorie de angajați.

BIBLIOGRAFIE

1. Velentgas P.M., Benga-De E., Williams M.A. Chronic hypertension, pregnancy induced hypertension, and low birthweight. // *Epidemiology*. – 1994. – nr.5. – p.345-348.
2. Гельтшицева Е.А. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы студентов технического вуза при работе с дисплеями ЭВМ во время учебных занятий. // *Гигиена труда и профзаболевания*. – 1985. – N. 6. – с. 50-51.
3. Виноградов М.И. Физиология трудовых процессов. -М. - 1966. -с.366.
4. Hoekstra E., Hurrell J., Swanson N. Evaluation of work-related musculoskeletal disorders and job stress among teleservice center representatives. // *Applied Occupational and Environmental Hygiene*. – 1995. – nr.10. – p.812-817.
5. Schleifer L.M., Okogbaa G.O. System response time and method of pay: cardiovascular stress effects in computer-based tasks. // *Ergonomics*. – 1990. – nr.33. – p.1495-1509.
6. Ostrofeț Gh. Regimul cu timp redus de muncă cu efort fizic minimal, dar cu suprasolicitarea funcției analizatorilor. // *Materialele conferinței a IV-a științifice internaționale. Filosofie, medicină, ecologie. Redactor științific Teodor Țirdea*. – Chișinău. – 1999. – p. 91-93.
7. Ostrofeț Gh. Studiarea regimului de muncă și odihnă în varianta inițială de activitate a telefonistelor. // *Materialele conferinței științifice a colaboratorilor și studenților*. – Chișinău. – 1999. – p. 157.
8. Ostrofeț Gh. și coaut. Elaborarea principiilor fiziologo-igienice a regimurilor de muncă și odihnă. // *Simpoziul practico-științific. Optimizarea supravegherii sanitaro-epidemiologice la nivel de teritoriu rural*. – Edineț. – 2000. -p.47-50.

PRELEGERI, ARTICOLE DE SINTEZĂ

ASPECTE DE EPIDEMIOLOGIE, DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT A HIDATIDOZEI HEPATICE

A. Ababii

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”, Clinica de Chirurgie Nr. 2

The actual article contains general bibliographic data on epidemiology, diagnostic and treatment of the hydatidosis disease, including the hepatic location. The morbidity of that disease is equal to 4,69 cases in 100 thousand inhabitants within Moldova. The complex diagnosis includes laboratory investigations (especially ELISA and ELIFA), instrumental methods (ultrasound examinations, CT, ERCPG – in ruptures into the biliar duct). The possible complications are described (23 – 78%). The contemporary treatment is a combination between the surgical and specific antiparasitic treatment. The classic surgical options are the following: cystectomy (open, closed and combined forms, the pericystodigestive anastomosis), pericystectomy and hepatectomy. The miniinvasive methods are the laparoscopic one and PAIR. The surgeon's choice depends on cyst's morphologic changes and pathogenesis' particularities. Applied surgical treatment will be followed by conservative therapy.

Key words: human hidatidozis, hepatic cyst, chemotherapy

Necatănd la eforturile depuse de numeroase colective din diferite discipline medicale, hidatidoza umană (HU) în timpul actual rămâne o patologie parazitara răspândită într-un șir de țări ale lumii, creând mari dificultăți de ordin medical și socio-economic.

Sunt bine stabilite focarele endemice de răspândire a acestei ciclozoonoze. Repartizată pe arii destul de întinse, morbiditatea prin hidatidoză este în mediu de 5-10 bolnavi la 100 mii locuitori. În diferite regiuni din America Centrală și cea de Sud, Australia, Noua Zelandă, țările Africii de Nord și Bazinul Mediteranean,

boala este mult mai frecventă, iar în unele zone limitate depășește 200 bolnavi la 100 mii locuitori (5, 7, 24, 30).

Tările Europei de Sud-Est, în deosebi ale litoralului Marii Mediterane și peninsulei Balcanice, din care face parte și Moldova, formează cel de-al IV areal de răspândire a HU după frecvența cazurilor întâlnite (30). În Moldova se notează o creștere anuală a acestei patologii. Conform datelor statistice, prezentate de Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă (2001), rata acestei parazitoze este de 4.69/100000, având o repartizare neuniformă, cu predominarea afecțiunii în regiunile rurale din sudul țării.

În 1941, în Colonia-Del-Sacramento (Uruguay), a fost fondată societatea Internațională a Hidatidozei, având ca scop combaterea HU, stabilirea anumitor direcții de ordin sanitar și epidemiologic, descoperirea și perfecționarea metodelor terapeutice. Dat fiind marea răspândire a bolii, începând cu 1951 (Algeria), s-au organizat Congrese mondiale pe problemele Hidatidozei sub egida Asociației Internaționale de Hidatidoză, fondate în aceeași perioadă. Direcții similare le urmărește și grupul neoficial de lucru OMS în problema Hidatidozei – WHO Informal Working Group on Echinococcosis. În activitatea acestui grup participă renumiți savanți de diferite specialități medicale, cu experiență bogată în acest domeniu (24).

Dezvoltarea științei privind boala hidatică întrunește câteva etape. Prima din ele cuprinde perioada lui Hipocrate (463-357 î.e.n.), Galen (130-200 î.e.n.) și durează până spre sfârșitul sec. XVIII, pe parcursul căreia savanții au semnalat și au descris în parte boala hidatică, însă etiologia ei rămâne necunoscută. Lucrările savanților Pallas (1781), Rudolf (1801), Bremser (1821), Siebold (1852), Leuckhard și Heubner (1862), Hunter (1786), Budd (1857) au stabilit etiologia, ciclul de evoluție a parazitului, patogeniza și diverse forme clinice de manifestare a hidatidozei, formând astfel etapa II de cunoaștere a acestei parazitoze (10, 30).

Sfârșitul secolului XIX, începutul secolului XX poate fi socotit punct de cotitură atât în înțelegerea clinică a bolii, cât și în cea a tratamentului. Această perioadă marchează un salt calitativ prin lucrările lui Deve, care, bazându-se pe fapte experimentale, demonstrează posibilitatea transformării veziculoase a scolexilor din nisipul hidatic. El creează noțiunea de „hidatidoză secundară” și lărgeste sfera cercetărilor, aducând prețioase date în legătură cu migrarea parazitului, alergii și anafilaxia hidatică. Pe tărâmul diagnosticului HU un pas important a însemnat introducerea în 1912 de către Tomasso Cassoni a unei metode biologice de diagnostic, ce-i poartă numele, folosită pe larg, într-o perioadă destul de îndelungată (10, 30).

Direcțiile cercetărilor științifice ulterioare au fost consacrate variantelor terapeutice și în special tratamentului chirurgical. Chirurgia chistului hidatic (CH) își ia începutul în ultimul deceniu al secolului XIX, odată cu progresele obținute în domeniul anesteziei, asepticii și antisepticii. (10,30). Istoria dezvoltării chirurgiei CH este marcată cu numele multor savanți renumiți, ce au contribuit semnificativ în elaborarea diferitor metode operatorii: Lindemann (1871), Volkmann (1876), Trousseau (1860), Kirschner (1878), Bobrov (1894), Delbet (1896), Spasocucotskii (1926), Toma Ionescu (1900), Iacobovici (1933).

Diagnosticul și tratamentul contemporan al Chistului Hidatic Hepatic (CHH). Localizarea hepatică a hidatidozei după cele mai multe statistici formează 2/3 din totalul cazurilor

de HU. Dominarea afecțiunii hepatice este bine explicabilă din punct de vedere a posibilităților migrării parazitului în organismul uman și este descrisă în numeroase lucrări clinice ale diferitor savanți, reprezentând 53,4 – 84,6% din frecvența localizărilor (14, 6, 25, 27, 23).

Noile realizări tehnice, introduse și aplicate pe larg în practica medicală, au contribuit la perfecționarea metodelor de diagnostic precoce al CH, inclusiv al celui cu localizarea hepatică. Anume la etapele precoce de dezvoltare a parazitului, diagnosticul CHH reprezintă o problemă, cauzată în primul rând de perioadă asimptomatică, de obicei îndelungată, cu lipsa manifestărilor clinice, factor care determină depistarea tardivă a pacienților, deseori (23-78%) în faza diverselor complicații ale CHH (4, 7, 15, 25, 26).

Diagnosticul complex al CHH este efectuat prin următoarele metode: examenul clinic general, explorările de laborator, inclusiv cele imunologice și investigațiile paraclinice. Datele clinice sunt nespecifice pentru patologia dată și, deci, nu prezintă informație semnificativă. În baza lor se poate doar suspecta afecțiunea zonei hepatobiliare și indica direcțiile ulterioare de cercetare. Examenul de laborator are două direcții. Prima direcție reprezintă indici clinico-biochimici care nu sunt caracteristici patologiei date și pot, mai frecvent în cazul complicațiilor, aprecia nivelul intoxicației. Leziunea parazită a ficatului poate avea răsunet în unele explorări biochimice care sunt indicate nu numai cu scop diagnostic, dar și pentru aprecierea riscului operator și anestezic. Pentru CHH pot fi prezente următoarele sindroame: de colestază, de citoliză și dereglare funcțională hepatocelulară. A doua direcție în diagnosticul bolii hidatice formează reacțiile serologice. În prezent de o largă apreciere se bucură în practică următoarele metode: reacția de hemaglutinare indirectă (IHA); reacția de dubla difuziune (Ouchterlony); reacția de latex aglutinare (LAT); metoda de imunofluorescență indirectă (IFA). Net superioară celor enumerate sunt tehnicile ELISA (Enzyme – linked Immunosorbent Assay) și ELIFA (Enzyme – linked Immunofiltration Assay), metode enzimatic ce prezintă o sensibilitate și specificitate de peste 90%. În cazul folosirii metodelor enumerate în combinație cu studiul clinic și paraclinic, eficacitatea diagnostică sporește la 94-100% (4, 5, 14, 28, 29).

O semnificație deosebită în diagnosticul patologiei hidatice revine metodelor paraclinice. Ecografia ficatului (EG) EG este metoda principală de depistare, apreciere a numărului, localizării, dimensiunilor CHH și care, fiind metoda screening, permite în 88-90% cazuri stabilirea diagnosticului corect (11, 18, 24, 28, 29). În dependență de stadiile evoluției ale CH, tabloul ecografic poate avea diferite aspecte, ultimele au fost puse de către Gharbi (1981) la baza clasificării ecografice a CHH (11). Utilizarea ecografiei intraoperatorii permite depistarea hidatidelor de dimensiunii mici, cu localizare profundă, nepalpabile și a CHH plasate intraparenchimatous, în special într-un parenchim hepatic modificat. În acest caz, ecografia intraoperatorie aduce completări anatomice privind topografia CH în raport cu elementele vasculare și biliare majore.

Tomodensitometria și explorarea imagistică magnetonucleară (IRM) sunt metode cu o valoare diagnostică superioară, posedând o diferențiere a CH de alte formațiuni de volum și o apreciere topică mai exactă. De asemenea, vizualizarea imagistică a elementelor anatomice hepatice (căilor biliare (CB), vaselor magistrale și celor intrahepatice) în raport cu CHH este

mai corectă. Gradul de informare al acestor metode de explorare pentru CHH este de 95-97% (18, 23, 25, 28, 29).

CPGRE reprezintă o metodă diagnostică informativă în cazul prezentei complicațiilor CHH și anume a icterului mecanic, determinat de erupția CHH în CB sau urmat de compresia CB. Scopul principal al acestei investigații este aprecierea cauzei și nivelului obstrucției arborelui biliar, atins în 70-85% cazuri. Totodată metoda poate avea și efect terapeutic și anume, posibilitatea decompresiei arborelui biliar la etapele pre- și postoperatorii prin efectuarea PSTE, asociată în cazurile necesare cu asanarea CB de elementele hidatice și drenarea nazobiliară endoscopică (8, 9, 13, 16, 20, 29).

Alte metode în stabilirea diagnosticului CHH poartă caracter auxiliar și au indicații restrânse, unele fiind mai invazive, altele având informativitate redusă (scintigrafia, examenul radiologic, laparoscopia, angio- și splenoportografia) (10, 14, 27).

Complicațiile CHH rezultă din etapele sale evolutive. Pentru chistul hidatic hepatic complicat (CHHC), ce reprezintă 11,5-78,4 % din tot lotul de pacienți (10, 15, 17, 20, 25, 26), diagnosticul prezintă dificultăți deosebite, deoarece în aceste cazuri sunt implicate în proces, de obicei, diferite sisteme și organe, alterate de agentul patogen. În cele din urmă apar situații clinice chirurgicale nestandarde, care dictează necesitatea unei atitudini curative netradiționale. Din complicațiile frecvent întâlnite sunt menționate supurația chistului, erupția în CB și cavitatea abdominală, compresia CB etc.

Supurația chistului (20-50%) este provocată de prezența comunicărilor bilio-chistice cu infectarea conținutului hidatic, în rezultatul căreia parazitul se transformă într-o colecție supurată cu toate semnele clinice caracteristice unui abces hepatic (10, 20, 27, 30). Icterul mecanic de origine hidatică apare aproximativ la 13-20% bolnavi. Este determinat atât de compresia CB de hidatidă (3,3 – 13,5%), (6, 10, 26), cât și de erupția CH în CBP sau CB intrahepatice (2,8-11,8%), provocând clinica unei angiololite acute și reacțiilor alergice grave (6, 10, 13, 16). Majoritatea autorilor recunosc drept una din formele complicațiilor fisurarea perichistului (6-21%), asociată cu prezența fistulelor biliare, chiar și fără manifestări clinice caracteristice de alterare a CB (6,10). Erupția CH în cavitatea abdominală liberă (secundară unei supurații, traumatism accidental sau iatrogen) se întâlnește în 1,3 – 8%. Ea rămâne cauza cea mai frecventă a diseminării peritoneale, provocând hidatidoză secundară la 10-20% pacienți (5,7,30). Calcificarea CHH se întâlnește în 1,9- 12,17% cazuri, și este considerată de unii autori drept o vindecare spontană fără eliminarea parazitului din organism. Totodată calcificarea asociată cu fisurarea perichistului și fistulizarea în CB poate avea consecințe grave asupra țesutului hepatic. (15, 22, 23, 27). Ciroza hidatică și hipertensiunea portală de origine hidatică pot apărea drept o complicație a unor CHH, care, în funcție de localizare exercită compresiune venoasă la diferite nivele, generând sindrom ocluziv vascular, supra-, intra- sau subhepatic (pseudosindrom Budd-Chiary), iar compresia CBP poate antrena ciroza biliară. Asemenea complicații sunt apreciate la 2,4 – 5,4% pacienți (10,20,22,29). Erupția CHH în pleură și arborele bronșic provoacă instalarea unui hidatidotorax și aduce la formarea fistulelor bilio-bronșice sau bronho-abdominale complicații relativ rare, însă foarte grave ce antrenează 2 sisteme vital importante, cu frecvența între 0,6-10,2% (4,26,27,28). Erupția CHH într-un organ cavitătar abdominal (stomac, duoden, colon) se întâlnește în 0,3-2% cazuri (4,16)

Litiază biliară hidatică (1,0-7,4%) este menționată de unii autori drept complicația CHH, și se explică prin formarea calculilor, compresia sau obstrucția CB, urmate de stază biliară, alterarea bilei și a componentilor biliari în condițiile prezenței comunicărilor CHH cu arborele biliar. Diferite surse literare citează de asemenea unele tipuri de complicații, ce poartă caracter cazuistic: erupția în pericard, bazinetul renal, peretele abdominal, vena cava inferioară ș.a. (14, 16, 26).

După cum a fost menționat, stabilirea diagnosticului de CHH impune o **tactică terapeutică chirurgicală**. Alegerea variantei operatorii optime va depinde de schimbările clinico-morfologice, ce se produc în parazit, capsula fibroasă și ficat. Scopul principal al tratamentului chirurgical este înlăturarea parazitului, iar în cazul prezentei complicației – și rezolvarea ei. Metodele cunoscute în prezent, în dependență de caracterul lor invaziv sunt divizate în metode deschise (clasice) și metode miniinvazive.

Variantele chirurgicale deschise. Chistectomia este modalitatea practică cea mai frecventă și mai facilă în terapia CHH. Ca etape, ea include puncția și evacuarea conținutului, deschiderea cavității chistului și înlăturarea elementelor hidatice, prelucrarea cavității restante (CR) cu substanțe protoscolicide, după cercetarea existenței fistulelor biliare. Problema-cheie, ce apare la acest tip de intervenții, este rezolvarea CR, folosind diferite variante în dependență de situația clinică (plasarea anatomică, numărul hidatidelor, prezența complicației). Chistectomia închisă constă în reducerea CR fără drenaj, cu suturi interne circulare după Delbe, sau invaginarea pereților perichistului, aplicând sutura W (după Duca). În practica chirurgicală chistectomia închisă prin capitonaj reprezintă mai frecvent o combinație ale acestor tehnici. Aplicarea suturilor la nivelul perichistului duce în sine riscul leziunii elementelor vasculare și biliare în periferia perichistului, formând lacune hemoragice sau biliare în interiorul CR (4, 12, 18, 25, 29). O altă variantă posibilă de rezolvare a cavității restante este omentoplastia. Acest procedeu este pe larg răspândit în practica chirurgicală, în cazurile posibile de pregătire a lamboului vascular din omentul mare. S-a demonstrat eficacitatea acestei metode prin studii morfologice, și s-a constatat formarea revascularizării la nivelul oment-perichist-ficat, ce favorizează resorbția progresivă din cavitatea restantă. Omentoplastia este considerată de către unii autori variantă de elecție în rezolvarea CR pentru CHH necomplicat (4, 15, 19, 20, 23). Chistectomia deschisă prevede abdomenizarea CH sau drenarea lui externă. Chistectomia deschisă prin drenarea externă se practică, de obicei, în cazul complicațiilor supurative ale CHH, folosind deseori câteva tuburi de dren cu scopul lavajului local cu antiseptice (10, 18, 20, 27). Neajunsurile principale ale CR, drenate în exterior, sunt determinate de evoluția postoperatorie dificilă, formarea fistulelor purulente, bilio-purulente și a CR supurate. De asemenea în aceste cazuri sunt înregistrate cele mai frecvente reintervenții pentru complicațiile supurative (25, 27, 30). Chistectomia combinată prevede rezolvarea cavității prin una din metodele descrise (capitonaj, omentoplastie) în asociație cu drenarea ei externă. Ponderele complicațiilor postoperatorii, observată în urma variantelor de chistectomie constituie 19-40,5% (4, 12, 15, 19, 23). Ultima metodă de rezolvare a cavității reziduale (CR) în cazul chistectomiei este aplicarea anastomozei perichisto-digestive. Acest sistem de drenaj intern perichisto-digestiv permanent s-a dovedit a fi eficient și este impus în primul rând de existența unor fistule biliare importante cu debit înalt

de coleragie, soluționarea căreia nu poate fi realizată prin suturare, iar drenarea externă va aduce la formarea unei fistule biliare externe persistente (6, 20, 29, 30).

Următoarele două variante operatorii, perichistectomia și rezecția hepatică, sunt apreciate ca metode radicale în chirurgia CHH. Perichistectomia urmărește scopul de înlăturare în întregime sau parțial toate elementele parazitare și perichistul. Indicațiile intervenției sunt determinate de etapele evolutive a parazitului în ficat și de schimbările morfologice ce au loc la nivel parazit-perichist-ficat. Membrana fibroasă este întotdeauna infectată. Starea septică este menținută de fisurarea perichistului și prezența multiplelor canalicule biliare. Neînlăturarea perichistului expune bolnavul la două pericole: recidivă in situ și prezența unui corp străin septic intrahepatic, schimbări apărute tardiv și depistate post-mortem. Perichistectomia lichidează în fond problema cavității reziduale. Majoritatea autorilor consideră perichistectomia totală sau parțială, metoda de preferință pentru CHHC cu capsulă fibroasă exprimată, bine diferențiată și purtătoare de fistule biliare (7, 10, 12, 15, 17, 22). Riscul intervenției este determinat de aderența vasculară și biliară la țesutul perichistic, fapt ce impune uneori efectuarea unei perichistectomii parțiale, în deosebi în localizările centrale ale CHH. Rezecția hepatică (hepatectomia) îndepărtează nu numai CH ci și țesutul hepatic învecinat și este indicată când nu se asociază o sacrificare prea abundentă de parenchim sănătos. Adepții chirurgiei radicale în CHH au lărgit indicațiile acestei metode odată cu progresele tehnologice introduse în chirurgia hepatică. Variantele hepatectomiilor utilizate în cazul CHH sunt cele cunoscute în general. Scopul acestor intervenții este înlăturarea CHH fără a fi deschis (evitarea diseminării) și înlăturarea perichistului, mai ales pentru CHHC. Rezultatele precoce și tardive ale tratamentului radical sunt mult mai avantajoase, comparativ cu diferite metode de chistectomii.

Progresul tehnologic al ultimilor decenii a contribuit însemnat la micșorarea riscului operator, diminuarea frecvenței complicațiilor grave, favorizând rezultatele finale satisfăcătoare (1, 12, 15, 18, 23, 28).

Dezvoltarea chirurgiei laparoscopice a făcut posibilă executarea nu numai a diferitor variante de chistectomii, dar și a metodelor radicale – perichistectomii, hepatectomii cu rezultate finale satisfăcătoare (2,3,17). Una din problemele principale ale tehnicii laparoscopice, în cazul CHH, este evitarea diseminării intraoperatorii ce determină complicațiile de ordin alergic generalizat și reprezintă riscul hidatidozei secundare.

O altă metoda miniinvasivă a fost introdusă în practica clinică din 1986 și a primit denumirea de PAIR (Punction Aspiration Injection Reaspiration). Ea include următoarele etape: puncția percutană a CH sub ghidaj ecografic, aspirația conținutului, injectarea substanțelor protoscolecide cu expoziția lor, reaspirația completă a conținutului cu posibila drenare externă a CR, urmată de lavaj dirijat, supravegherea ecografică, radiologică, microbiologică. PAIR este indicată la pacienții ce refuză intervenția chirurgicală și celor inoperabili (maladii concomitente grave: cardiace, renale, hepatice, diabet sau hipertensiune, la gravide și cei de vârstă senilă). Adepții metodei date constată, că CHH tip I-II după Gharbi, accesibil pentru puncție, poate beneficia de metoda PAIR și o apreciază drept o variantă prioritară chirurgiei deschise și laparoscopice pentru o serie de CHH necomPLICATE (14,21,24,25).

O etapă principală a intervenției este prelucrarea CH și a CR; ea poate fi realizată prin diferite metode. Acțiunea protoscolică o posedă pneumotermocoagularea, criodestrucția, cavitarea cu ultrasunet, flux de plasmă ionizantă, iradierea cu laser. Metodele chimice au o răspândire mai largă datorită facilității lor de utilizare practică; mai frecvent sunt folosite următoarele substanțe: NaCl 20%, Etanol 70-95%, Glicerină 80%, Povidon-Iodin 10%, Cetrimid (cetyltrimetil amonimbromid), AgNO₃ 0,5%, Chlorhexidină (10% Savlon). Este obligator de a menționa, că preparatele protoscolecide pot avea efecte negative, agresive asupra căilor biliare, provocând colangite sclerozante, în cazul prezenței fistulelor biliare a CR. Pentru a evita aceste complicații grave este necesară inspecția intraoperatorie minuțioasă a CR (2, 3, 14, 24, 29).

În prezent este unanim recunoscut că tratamentul complex al CH inclusiv CHH reprezintă o combinație între metodele chirurgicale descrise, care rămâne a fi metoda principală în terapia antiparazitară specifică. Cercetările, privind alegerea substanței medicamentoase care ar putea stopa, distruge sau impune regresia CH, au stabilit eficacitatea grupei benzimidazolilor (14, 17, 21, 24). Actualmente se folosesc 2 derivați ai benzimidazolilor: Albendazol (Escazol 400 GlaxoSmithKline, Marea Britanie); Mebendazol (Vermox 500 Janssen Pharmaceutica, Belgia). Preparatele numite se administrează enteral în următoarele doze: Escazol 400 – 10-15mg/kg/zi în mai multe cure cu durata de 1 lună, separate între ele prin intervale de 14 zile; Mebendazol 40-50 mg/kg/zi (20-40 după alți autori) cure câte 21 zile, urmate de perioadă de repaus de 14 zile. Durata tratamentului și numărul curelor va depinde de cazul clinic și poate varia în intervale: preoperator 1-3 luni, postoperator 6-12 luni.

Este confirmat faptul că datorită asigurării concentrației optime plazmatice de 1,6 – 6,0 mmol/l, Eskazol este un preparat mult mai eficace comparativ cu produși a grupei benzimidazolilor din generațiile precedente.

Având în vedere riscul efectelor adverse ale chimioterapiei (hepatotoxicitate, neutropenie, trombocitopenie și alopeție), sunt necesare supravegherea clinică dinamică și testarea de laborator. În dependență de cazul terapeutic, se va efectua monitorizarea clinică, ecografică, imunologică la 1, 3, 6 luni și apoi la fiecare an.

Cele expuse reprezintă direcțiile principale, privind tactica diagnostic-terapeutică de rezolvare a CHH. Arsenalul larg al metodelor diagnostice și tactica terapeutică, prezentată prin diverse variante operatorii, în combinație cu chimioterapia antiparazitară contribuie la rezultate finale favorabile.

BIBLIOGRAFIA

1. Alfieri S., Doglietto G.B., Costamaguo G. – Radical surgery for liver hydatid disease: a study of 89 consecutive patients. *Haepatogastroenterology*. 1997, 03-04, 44 (14), p. 496-500.
2. Alper A., Emre A., Acarli K. – Laparoscopic treatment of hepatic hydatid disease. – *Journal of Laparoscopic Surgery*. 6 (1). 1996. 02. P. 29-33.
3. Berberoglu M., Tanner S., Dilek Q. – Gasless ca gaseous laparoscopy in treatment of hepatic hydatid disease. *Surgical Endoscopy*. 1999. Nr.13, p. 1195-1198.
4. Bilge A. – Dagnosis and surgical treatment of hepatic hydatid disease. *Hepato-pancreato-biliare surgery*, 1994, N8(2), p. 77-81.
5. Bouree Patrice – Hydatidosis: Diagnostics of Transmission. *World Journal of Surgery*: 10.1007/s 0026800 2001.
6. Burlui D. si colab. – Icterul mecanic de origine hidatica. *Chirurgia*, 1974, 23, 8, p. 669-677.

7. **Chadli Dziri** – Hydatid Disease – Continuing serious Public Health Problem: Introduction. World Journal of Surgery: 101007. S002680020000. 2001 Societe Internationale de Chirurgie.
8. **Daali M., Takir Y. et al.** – Les Kystes hydatiques du foie rampu dans les voies biliaires. A propos de 64 cas. An. de Chirurgie (Maroc), 4 (apr) 2001, v.126 (3), p. 242-245.
9. **Dumas R., Le Gall P., Hastier P. et al.** – The role of endoscopic retrograde colangiopancreatography in management of hepatic hydatid disease. Endoscopy. 01 mar. 1999; 31(3), p. 242-247.
10. **Făgărășanu I., Ionescu-Bujor C.** – Chirurgia ficatului și a CB intrahepatice. 1967, p. 283-355.
11. **Gharbi H.A.** – Ultrasound examination of the hydatid liver. Radiology, 1981, 139, p. 459-463.
12. **Giordano G., Grimaldi F., Carrassa G.** – The rationale in surgery of hepatic echinococcosis: total pericystectomy and resection. G.Chirurgia. 1995, 16, p. 213-218.
13. **Giordano G.** – Obstructiv found ce caused by hydated cyst rupture in bile duct. Anal of Italian Surgery, 1999, N70 (5), p. 763-766.
14. **Gherman Ion -Trihineloza și CH.** Evaluarea ALL Bucuresti, 1994, p. 79-154.
15. **Golematis B.C., Paveretos P.J.** – Hepatic hydatid disease: current surgical treatment. Mount-Sinai. Journal of Medicine, 1995 (62), p. 71-76.
16. **Karydakis P.** – Surgical treatment of ruptures of hydatid cysts of the liver. Journal of Chirurgie, 1994, N131 (8-9), p. 363-370.
17. **Labarriere D., Lagasse J.P.** – Treatment des parasitoses hepatices. – Hepato-gastro. N3, V.5. 05-06 1998, p. 179-186.
18. **Liviu Vlad** – Chirurgie hepatica., 1993, Editura casa, cartii de stiinta. Cluj-Napoca.
19. **Ozacak I.D., Ekiz F., Ozmen V.** – Management of rezidual cavity after pental cystectomy for hepatic hydatidosis comparison of omentoplasty with external drainage. European Journal of Surgery. 01-09-2000. 166 (9), p. 696-699.
20. **Pastor G., Gonsales E. And et al.** – Surgical treatment of the hepatic echinococcosis. Revision of 340 operated patients (Madrid, Espana). XVII International Congress of Hydatology Limassol Cyprus. 1995.p.346-348.
21. **Pettinary R., Cabral R., Kligler E.** – P.A.I.R. our experience Patagonia Argentina – XVIII International Congress of Hydatigology, Lisbon, Portugal. 997.
22. **Prousalidis J.** – Surgical management of calcified cyst hydatid cysts of the liver. HBP Surgery 01.1999, 11(4): 253-259.
23. **Tung L.C., Haring R.** – Leberzysten – Chirurgie – R.Haring, H.Zilch. Berlin, 1997, p. 666-669.
24. WHO Informal Working Group on Echinococcosis – Guidelines for treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. Bill WHO 1996, N 74; p. 231-242.
25. **Вишневский В.** – Совершенствование методов хирургического лечения очаговых поражений печени. Дис.докт. мед наук. Москва, 1990.
26. **Гилевич Ю.** – Осложнения эхинококка печени. Журнал Пирогова „Хирургия”, 1983, №1 стр. 54-60.
27. **Гилевич Ю.** – Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза. Дисс.докт.мед наук. Москва, 1988
28. **Малиновский Н.Н., Мовчун А.А.** – Диагностика и хирургическая тактика при доброкачественных объемных образованиях печени. Хирургия, №2, 1997.
29. **Мовчун А.** – Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени. Хирургия, №2, 1997.
30. **Петровский Б., Милонов О. и др.** – Хирургия эхинококкоза. Москва, Медицина, 1985.

HEMORAGILE PULMONARE (Revista literaturii).

Ali Lutf Ahmed al Shawesh

Doctorand, Catedra chirurgie FPM, USMF „Nicolae Testemițanu”

The author analyzed of bibliographical data on pulmonary hemorrhage (PH) and hemoptysis; various diseases potentially complicated by PH are presented, also etiological changes that occurred in the last twenty years. The potential and indications for temporary hemostasis by methods of bronchial obturation during rigid bronchoscopy and embolization of bronchial arteries are discussed. Resection of diseased pulmonary tissue is viewed as the "golden standard" of care in contemporary management of PH, but in non-operable cases medicamentous therapy and bronchial arteries embolization are safe and effective methods.

Key words: pulmonary hemorrhage

Hemoptizia este definită ca o stare ce se caracterizează prin eliminarea sângelui din căile respiratorii în timpul tusei (34) sau expectorarea sângelui prin gură, provenit din căile aeriene subglotice (36), eliminarea sputei sanguinolente sau a până la 50 ml sânge în 24 ore (Ионков И., Тодоров С., 1966, 9 ru). Hemoptizia este un simptom clinic responsabil de 6,8% vizite la pulmonolog în policlinici și 11% internări în serviciul de pneumologie (8). Mapel D. W. 2000 remarcă incidența sezonieră a hemoptiziilor, fiind mai mare la sfârșitul iernii – începutul primăverii. HP este eliminarea sângelui curat prin tuse de la zeci la sute de mililitri. (1 ru). Pursel S. and Lindskog G. 1961 divizează HP în mici – până la 100 ml, medii – până la 500 ml, și profuze – peste 500 ml sau peste un litru timp de câteva zile. Фурман А. С. 1963 împarte hemoptiziile în hemoptizii de gradul I – urme de

sânge în spută sau colorația intensă cu sânge a sputei, hemoptizii de gradul II – expectorație frecventă de sânge curat și hemoptizii de gradul III – sau hemoragie – eliminarea a 100-200 ml și mai mult de sânge simultan. Ионков И., Тодоров С., 1966 deosebesc HP – eliminarea a peste 50 ml de sânge cu tusea în 24 ore, subdivizând HP în mici sau gradul I – 100-200 ml, medii sau gr. II – până la 500-1000 ml, și mari sau gradul III – peste 1000 ml sânge în 24 ore. Недвецкая Л.М., 1963 propune o clasificare a HP în dependență de gradul hemoragiei și de starea sistemului cardiovascular:

1. HP gradul I sau hemoptizii, care pot fi unice, multiple – manifeste sau ascunse.

2. HP gradul II – pierderea a până la 500 ml sânge – unice, multiple, fiecare cu sau fără scăderea TA și % Hb.

3. HP gradul III – pierderea a peste 500 ml sânge – masive neletale și fulminante letale.

Яблоков Д. Д., 1971 deosebește hemoptizii și HP. Prin hemoptizie autorul înțelege apariția sputei cu urme de sânge în ea sau intens colorată. HP autorul le subdivizează în mici – eliminarea a până la 100 ml sânge, medii – eliminarea a 100-300 ml sânge, și abundente – cu eliminarea a peste 300 ml sânge. Este importantă definirea separată a hemoptiziilor masive, care necesită o atitudine diagnostică și terapeutică deosebită. Johnston R. N. et al 1960, Pursel S. E. et all. 1961 definesc HP masive prin pierderea a 600 ml sânge în 24 ore și menționează, că incidența lor este de 1%-4%, iar letalitatea în aceste cazuri e de 80%. (9) Shoemaker W. C. et all. 1996 definesc HP masive pe cele cu expectorarea a 200-500 ml în 24 ore, iar HP exsanguinante sunt definite ca fiind de peste 600 ml în 16 ore sau supra 1000 ml cu o rată de 150 ml în oră. În practica pediatrică, HP sunt apreciate ca fiind masive la pierderea a peste 300 ml sânge în 24 ore. (States L G Fields JM 1998). Hemoptiziile masive pot fi definite în baza volumului de sânge expectorat sau după magnitudinea efectului hemoragiei asupra organismului. Corey R., Hla K. M. 1987 (5) deosebesc hemoptizie majoră (200 ml sânge și mai mult în 24 ore) și hemoptizii masive (1000 ml și peste în 24 ore). Marshall T. J. și colab. 1996 (4, 6, 19) definesc hemoptiziile ca fiind masive la expectorarea a peste 600 ml de sânge în 24 ore. Cauzele principale ale hemoptiziilor masive sunt: tuberculoza pulmonară, distrucciile pulmonare acute și cronice, cancerul pulmonar, micetomele pulmonare (2, 34). Salajka F., 2001 (33) a observat hemoptizii masive (peste 100 ml în 24 ore) la 53 din 656 (8%) pacienți cu hemoptizii, cele masive fiind provocate de tuberculoza pulmonară și procesele pulmonare inflamatorii cronice. Gazon A. A. et all. 1982 (9) definesc hemoptiziile exsanguinante ca fiind cele peste 1000 ml sau cele cu debitul egal sau peste 150 ml / oră. Mal H. și colab. 1999 (17) definesc ca hemoptizii periculoase pentru viață cele cu expectorarea a 200 ml de sânge / oră la un pacient cu funcția pulmonară normală, sau expectorarea a 50 ml/oră la cei cu insuficiență respiratorie cronică sau mai mult de 2 epizoade de hemoptizii moderate (minimum 30 ml sânge) în 24 ore, indiferente față de introducerea intravenoasă a vasopresinei.

În secolul XIX majoritatea publicațiilor vizează aspectele morfopatologice ale HP în tuberculoza pulmonară. În această perioadă frecvența hemoptiziilor și HP în tuberculoza pulmonară varia între 6,4% și 80% (9 ru). Predominau hemoptiziile (70%), restul 30% fiind atribuite HP. Frecvența recidivelor HP în acea perioadă era circa 33%, această cifră micșorându-se de 2 ori după introducerea tratamentului cu tuberculostatice. Odată cu descreșterea frecvenței recidivelor HP, se remarcă creșterea de 9 ori a incidenței HP profuze sau masive (9 ru) cu letalitate înaltă. Acest fapt era lămurit prin creșterea incidenței formelor de tuberculoză fibrocavernoasă și cirozei posttuberculoase sub acțiunea tuberculostatice. Pentru prima dată Fearn G. W. în 1840-1841 a descris în detalii aneurismul arterei pulmonare drept sursă a hemoragiei letale la un pacient cu tuberculoză pulmonară cavitară. (The Lancet 1840 1841, 1, 679). O contribuție importantă la studiul aneurisamelor arterelor pulmonare ca fiind sursă a HP o au cercetările anatomice excelente ale lui Rasmussen V. din Copenhaga, publicate în 1868 și 1869. Autorul descrie în fiecare din cele 11 cazuri câte un vas pulmonar trecând prin peretele cavității pulmonare tuberculoase și dilatarea lui aneurismatică spre lumenul cavității. Alte ipoteze ale apariției HP la

pacienții suferinzi de tuberculoză pulmonară, studiate în această perioadă sunt: hipocoagulabilitatea sanguină (Макинский А. И. 1969), permeabilitatea crescută a pereților vasculari, (Абрикосов А. И. 1949, Давыдовский И. В. 1951), erodarea vaselor pulmonare de către nodulii limfatici traheobronșici. (Gale G. 1954, Thibault P. 1964) Studii aprofundate ale HP în tuberculoza pulmonară au fost efectuate de Фомичева Н И., 1988, care în concluziile tezei sale diferențiază patogeneza HP la pacienții cu tuberculoză pulmonară în relație de forma, faza procesului pulmonar, durata evoluției și răspândirii locale, prezența complicațiilor și a patologiei asociate. La părerea Dumneaei, în formele infiltrative acute și în acutizările celor cronice hemoptiziile și HP sunt per diapedezis, iar în cele cronice în remisie, HP sunt per rhexin prin eruperea vaselor sclerozate în condiții de hipertenzie pulmonară și de dereglare a activității fibrinolitice.

Diverse afecțiuni sunt însoțite de apariția hemoptiziilor și HP în afara tuberculozei. Bronșita cronică este însoțită de hemoptizii în 2,5% (Meyer A. 1958). Diateza hemoragică este caracteristică pentru epidemiile de gripă, Богданов И. Л. a relatat hemoptizii la 23,9% din pacienții cu pneumonii virotice în timpul pandemiei din 1959. Hemoptizii grave sunt descrise în pneumoniile ce complică evoluția unor maladii infecțioase – bruceloză (Новицкий И.С.1960), tularemia (Руднев Г. П. 1948), pesta, antraxul, leptospiroza (39). Mecanismele acestor hemoptizii implică afectarea vasculară directă (vasculite alergice, capilarite, tromboze și endovasculite obliterate). Procesele inflamatorii-distructive pulmonare acute și cronice au fost de asemenea stabilite ca fiind cauze ale hemoptiziilor și HP. (3, 4 ru). Studiile morfologice au demonstrat că substratul anatomic al hemoptiziilor în bronșectazii sunt schimbările inflamator – ulceroase ale mucoasei bronșice, dilatării aneurismatice ale vaselor sanguine în cavitățile bronșectatice, prezența dilatărilor și tortuoziității arterelor bronșice, precum și anastomozelor între ele și ramurile arterei pulmonare în zona bronșectaziilor. HP în bronșectazii nu sunt complicate de pneumonii aspirative și au caracter sezonier de primăvară și toamnă (Шебанов Ф. В. 1947). HP sunt frecvent remarcate în distrucciile pulmonare nespecifice – abcesele pulmonare acute și cronice, gangrena pulmonară, distruccia pulmonară stafilococică. Astfel, Спасокукоцкий С. И. 1944 a observat HP la 49% pacienți cu abcese cronice. Frecvența acestei complicații la pacienții cu distruccii pulmonare variază de la 10% la 85% (3, 4, 9 ru). Din mecanismele favorizate HP în aceste cazuri sunt menționate – subțierea și dilatarea varicoasă a vaselor pulmonare în zona distructivă, dilatarea aneurismatică a arterelor bronșice, erozia vasului pulmonar în cavitatea abcesului, erupția peretelui vascular din zona sclerozei cronice (Абрикосов А.И.). Chisturile pulmonare solitare, cele hidatice erupte în bronhii sunt cauză frecventă a hemoptiziilor, mai ales în cazurile complicate cu infecția chistului (Дейнека И.Я. 1955). Ascaridoza pulmonară provoacă HP prin mecanismul erupției capilarelor pulmonare și pătrunderii cu sângele în alveole și bronșiole. Hemoptiziile sunt frecvent întâlnite în paragonimoza pulmonară (Розенштраух Л.С, Даниленко М.В. 1963). Această afecțiune mai este cunoscută și sub denumirea de hemoptizie endemică. Pneumoconiozele reprezintă o cauză rară a hemoptiziilor de la 7% la 18% (Сенкевич Н. Р. 1967). De asemenea HP apar pe fonul micozelor pulmonare. Aspergiloza pulmonară este asociată cu hemoptizii recidivate

în 63%-90% cazuri, prin mecanismul arteritelor sau invaziei vasculare directe. Majoritatea cazurilor de aspergiloză sunt secundare abceselor pulmonare, bronșectaziilor, cavernelor tuberculoase. Coccidioidomicoza pulmonară de asemenea provoacă HP recidivate în 65% cazuri (Jones L. 1969). Mecanismul HP în aceste cazuri este procesul inflamator distructiv pulmonar cu formarea cavităților. Histoplasmoza pulmonară, candidomicoza bronșică și cea pulmonară, nocardioza și blastomicoza sunt cauze rare ale hemoptiziilor (Lemoine J. 1951). În 1940 Спасокукоцкий С. И. a stabilit, că 46,3% din pacienții cu actinomicoză pulmonară se prezintă cu hemoptizii de diversă intensitate, uneori asfixiante. Bronholitiza alveolară și traheobronșică, ca sechele ale inflamației cazeoase în tuberculoză, provoacă hemoptizii și HP în 14,2% – 63% cazuri (Винер М.Г., 1968, Groves L., 1956), mecanismul fiind protruzia nodului calcinat cu decubitul peretelui vascular. Cancerul pulmonar e însoțit de HP în 22 – 60% cazuri (Стручков В.И., Углов Ф.Г. 1966, Roux B. 1968). Яблоков Д.Д. 1971 a observat că 8,5% din decedații de cancer pulmonar au suferit de HP masive. Importantă este recunoașterea hemoptiziilor ca simptom precoce al cancerului pulmonar în 60% (Monod O.). Dimpotrivă, alții au observat hemoptizii precoce doar la 20% din bolnavii cu cancer pulmonar și doar la 2% hemoptizia a precedat apariția schimbărilor radiologice caracteristice (9 ru). Pursel S. și Lindskog G. 1961 au observat, că 30% din pacienții cu hemoptizii aveau cancer pulmonar operabil, iar Strnad M., 1968 dimpotrivă, consideră că hemoptizia în cancerul pulmonar este unul din simptomele inoperabilității. Lemoine J. 1956 a constatat creșterea frecvenței hemoptiziilor cauzate de cancerul pulmonar la pacienții de peste 40 ani. Din mecanismele hemoptiziilor și HP în cancerul pulmonar sunt menționate: vascularizarea patologică a tumorii arterelor bronșice, necroza și erodarea vasului în zona tumorală. Traumatismele toracice sunt complicate cu hemoptizii în dependență de tipul traumei. Astfel, în traumele habituale închise hemoptizia e întâlnită în 11,7% cazuri (Тиходеев С.М. 1946), iar în explozii hemoptizia e prezentă în 25,5% cazuri (Берзин А. О. 1950). În traumele toracice penetrante incidența hemoptiziilor e de 94% (Налимов Б.С. 1951). Hemoragii pulmonare tardive, cauzate de corpi străini se întâlnesc în 14% – 50% cazuri (Петровский Б.В., 1968). Traumele pulmonare iatrogene (punții, biopsii, drenaje etc.) de asemenea pot provoca hemoptizii. Stenoza mitrala este cea mai frecventă cauză a așa complicații ca HP, prin mecanismele stazei pulmonare, vasculitelor și infarctelor pulmonare. (Jauve A. et all 1965 -14,6%). Din afecțiunile aortei ce pot provoca hemoptizii și HP sunt descrise aneurismul aortic (Melletier J. et all, 1965), mezaortita luetică cu aneurism (Яблоков Д. Д. 1971), tuberculoza aortei (Magnis F. et all 1968), fistula aorto-pulmonară (Ricks K. et all 1965). HP în aceste cazuri sunt fulminante. Angiomul pulmonar (aneurismul arterio-venos, teleangioectazia cavernoasă pulmonară) se complică cu hemoptizii și HP în 41% (Purriel P. and Muras O. 1958). Flebectaziile venoase pulmonare, aneurismele arterei pulmonare de natură aterosclerotică sau consecințele anomaliilor cardiovasculare congenitale pot provoca HP neașteptate. Hipertensiya pulmonară primitivă sau secundară, precum și hipertonia esențială sau simptomatică sunt cauze frecvente a hemoptiziilor și HP. La 6 – 13% din pacienții cu ciroză hepatică și hipertensiya portală se observă și hipertensiya pulmonară, manifestă clinic prin hemoptizii și hemoragii pulmonare din

cadru sindromului hepato-pulmonar (Benhamon J. et all 1994). Hemofilia, eritemia, leucozele pot provoca hemoptizii și HP ocazional. Prezența hemoragiilor răspândite în microvasculatura pulmonară și în spațiul alveolar sunt definite ca „sindrom hemoragic alveolar” Hemoptizia, alături de anemia inexplicabilă și infiltrate difuze pulmonare pe radiograme, sunt simptome cardinale ale acestui sindrom. Hemosideroza pulmonară idiopatică este una din cauzele acestui sindrom (Rezcalla M.A., Simmons J.L. 1995) Travis W.D. and Fleming M.V., 1996 accentuează spectrul vasculitelor, care pot fi complicate cu hemoragii intraalveolare difuze, frecvent asociate cu insuficiență renală acută și evoluție clinică fulminantă: granulomatoza Wegener, granulomatoza și angiita Churg-Stauss, sindromul Goodpasture, colagenozele (lupus sistemic eritematos, artrita reumatoidă, artrita reumatoidă juvenilă), sindromul Behcet, vasculitele după transplantele de măduvă, glomerulonefrita idiopatică etc. Rezcalla M.A., Simmons J.L. 1995 specifică agenții exogeni, capabili să producă hemoragii intraalveolare, acestea sunt penicilaminele-D, limfangiografiile, insuficiența renală diabetică, infecțiile virale și fungice la pacienții cu imunosupresie, diatezele hemoragice. Hemoptiziile și HP sunt apreciate ca manifestări distincte ale embolismului pulmonar acut (Corris P. A. 1998). De la introducerea în 1970 a cateterelor arteriale pulmonare în managementul pacienților cu stări critice (Swan- Ganz), către 1984 au fost comunicate 28 cazuri de ruptură a peretelui arterei pulmonare cu HP și o mortalitate de 45% (Hart U. et all 1982, Hannan A.T. et all 1984).

Putem concluziona că în prima jumătate a secolului XX tuberculoza pulmonară era cauza cea mai frecventă a HP. Ulterior s-a observat că hemoptizia și HP pot complica evoluția unui șir întreg de maladii, distruccii pulmonare acute și cronice, infecții pulmonare acute, boli infecțioase, afecțiuni cardiace congenitale și dobândite, malformații pulmonare, traumatisme toracice, cu un număr total de unități nosologice de peste 100. Începând cu anii 1980 s-a descris sindromul hemoragiilor pulmonare difuze sau al hemoragiilor alveolare, cu mecanisme imunopatologice, care tot mai frecvent sunt depistate în chirurgia toracală. Aceste forme se întâlnesc la pacienții imunodeficitari, cu hemoragii masive, care prezintă dificultăți în diagnostic și tratament. Este cert faptul că etiologia și clinica HP suferă schimbări dinamice, ceea ce impune studiul permanent al problemei în cauză.

ROLUL EXAMENULUI RADIOLOGIC ÎN HP

Examenul radiologic este prima metodă de diagnostic în HP. Radiogramele pot fi sugestive pentru tuberculoză sau cancer pulmonar, dar în 20-30% cazuri ele sunt fără schimbări sau denotă doar unele modificări nespecifice (Poe R.H., Israel R.H., Marin M.C. et all 1988). Tomografia computerizată (TC) a toracelui a devenit un examen complementar important în studiul pacienților cu hemoptizii și HP. În decursul a peste 10 ani (1980-1992) s-a stabilit valoarea TC a toracelui în investigarea pacienților cu hemoptizii (Colice J.L. et all 1985, Jones D.K. et all 1985, Collins J. 2001). Haponik et all (11) a comparat TC cu radiografia toracică la 32 pacienți, care s-au prezentat cu hemoptizii. TC a demonstrat patologii mai frecvent ca radiografia simplă și a localizat corect sursa HP la 23/26 (88,5%) pacienți. Millar A.B. et all (23) a investigat prin TC 40 de pacienți cu hemoptizii, la care nu s-au depistat modificări la examenul radiografic și la endoscopia nepatologica. În 50%

cazuri TC a depistat posibila cauză a hemoptiziilor – bronsectazii, cancer, tbc, consolidări alveolare, patologie vasculară. Autorii au propus să fie efectuată TC înaintea fibrobronhoscopiei (FBS) la pacienții cu hemoptizii și radiografii toracice nemodificate. Într-un studiu prospectiv (21) au fost comparate datele TC cu FBS. TC a stabilit diagnosticul responsabil de hemoptizie în 61% cazuri, iar FBS în 43%. Autorii subliniază, că în 50% cazuri de nedagnosticare la FBS, TC stabilește un diagnostic specific al hemoptiziei. Majoritatea cercetătorilor au demonstrat că TC și FBS sunt investigații complementare în procesul diagnostic al pacienților cu hemoptizii, iar TC trebuie recunoscută drept investigație primară. Concordanța între datele TC și FBS a crescut odată cu introducerea scanării volumetrice (helicale, spirale) (24). Angiografia selectivă a arterelor bronșice la om a fost descrisă de Viamonte M.Jr. în 1964, iar primul caz de hemostază cu succes în hemoptizii masive prin embolizarea arterelor bronșice a fost raportat de Remy J. și colaboratorii în 1973. (19, 20, 22, 31). Odată cu însușirea anatomiei arterelor bronșice și perfecționarea tehnicii operatorii, a fost demonstrat, că metoda permite o hemostază eficientă la un număr de pacienți practic fără complicații. Ocluzia arterelor bronșice duce la micșorarea presiunii de perfuzie în vasele pulmonare fragile, astfel reducându-se probabilitatea hemoptiziilor ulterioare (20). Stoparea imediată a hemoptiziei după embolizarea arterelor bronșice va fi obținută la 75-90% pacienți, dar până la 20% cazuri vor recidiva în primele 6 luni și 50% vor mai avea hemoptizii semnificate în viitor (20, 22, 31). Rata insucceselor de ordin tehnic este de circa 15% (17, 29, 31, 37). Hemoptiziile repetate precoce (1-2 luni după procedură) sunt cauzate de embolizarea incompletă a arterelor bronșice, iar recidivele tardive (1-2 ani după procedură) (13) sunt cauzate de recanalizarea vaselor embolizare, progresarea maladiei cauzale ori dezvoltarea colateralelor prin arterele intercostale sau ramurile toracice ale arterei axilare, care pot fi tratate prin embolizări repetate. (22, 31, 37). În concluzie menționăm: pentru diagnosticul etiologic al HP, metodele radiologice au o importanță primordială; radiografia toracică simplă poate stabili diagnosticul și determina nivelul afectării în aproape jumătate cazuri de HP; efectuarea TC mărește procentul diagnosticului etiologic pozitiv și poate direcționa investigațiile microbiologice, citologice și histologice; posibilitatea efectuării arteriografiei arterelor bronșice și angiopulmonografiei în HP are importanță mare ca metodă de diagnostic în cazurile dificile și este o metodă formidabilă de hemostază temporară sau definitivă la pacienții cu stări organice și funcționale majore, prin embolizarea arterelor bronșice. Posibilitatea efectuării embolizărilor superselective a arterelor bronșice micșorează la minimum riscul complicațiilor ischemice și de altă natură a acestei metode.

METODE ENDOSCOPICE ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL HP

Bronhoscopia este una din metodele localizării sursei hemoragice în HP (Mac Rae D.M. et all 1950). Hemoptizia este una din cele 5 indicații importante pentru efectuarea bronhoscopiei diagnostice (26). Până la introducerea în practică a fibrobronhoscopului (14), bronhoscopiile erau efectuate din 1897 cu bronhoscopul rigid Killian, iar din 1956 cu bronhoscopul respirator Friedel. Odată cu începutul erei fibrobronhoscopiei, utilizarea bronhoscopului rigid a scăzut

vădit (26). Hemoptizia este una din cele mai frecvente indicații pentru efectuarea bronhoscopiei, în centrele medicale mari alcătuind 30% din totalul procedurilor (Fulkerson W.J. 1984, Dellinger R.P. 1990, 1992). Valoarea diagnostică a bronhoscopiei în hemoptizii rămâne controversată: se pun în discuție două considerații:

1. Care pacienți necesită și când e mai oportun de efectuat procedura;

2. Dacă anamneza și investigația stabilește izvorul non-bronhial al hemoptiziei, bronhoscopia poate să nu fie necesară (25).

Pacienții cu hemoptizii recidivate sunt candidați pentru procedură. Poe R.H. et all 1988 au stabilit 3 factori de oncosuspectie, care fac necesară FBS diagnostică în prezența hemoptiziilor: vârsta peste 50 ani, bărbați, fumători. La jumătate din 196 pacienți cu hemoptizie și radiografie toracică nemodificată, la bronhoscopie nu s-a stabilit diagnosticul sau s-a depistat prezența bronșitei cronice. (Poe R.H. et all 1988). Mc Guinness G. și colaboratorii 1994 (21) menționează, că bronhoscopia a localizat hemoptizia doar în 51% cazuri, iar sensitivitatea ei rămâne joasă – la 30%. Gong H.Jr. și Salvatierra C. 1981 au confirmat creșterea procentului vizualizării sursei hemoptiziei în endoscopia precoce și au recomandat efectuarea procedurii în timpul hemoptiziei sau în primele 48 ore de la debut. Dupree A.J. și colaboratorii 2001(7) au folosit FBS în cazurile de HP la pacienții intubați. Bronhoscopul, de asemenea permite obturația subsegmentului bronhopulmonar cu sonda Fogarty (Shennib H., Baslaim Gh. 1996) Bronhoscopia nu numai că confirmă prezența hemoptiziei, dar și o localizează topographic și chiar poate stabili diagnosticul etiologic.

Majoritatea cercetătorilor favorizează investigațiile precoce (primele 48 ore), cu diagnosticul corect al localizării topografice în 39% (5), 43% (15) și 71% (3). Dweik R., Stoller J. 1999 susțin bronhoscopia precoce, care localizează exact sursa hemoragiei, aceasta fiind cheia succesului terapeutic. Endoscopiștii într-o proporție de 79% au optat pentru FBS în hemoptiziile masive (12). Terapia endoscopică în hemoptiziile masive include aplicarea locală a serului glacial (4), aplicarea epinefrinei 1:20000, trombinei, și amestecului trombin- fibrinogen, izolarea segmentului hemoragic prin tamponada cu cateter cu balon (Patel S.R. și Stoller J.K. 1995), utilizarea fototerapiei cu laserul Nd-YAG sau cu argon (Edmondstone W.M. et all 1983).

Practica clinică a demonstrat utilitatea extremă a fibrobronhoscopiei și bronhoscopiei rigide în diagnosticul și tratamentul HP. Bronhoscopia în primele 24 ore de la debutul HP este standardul actual în majoritatea centrelor de chirurgie toracică, permite aplicarea metodelor locale de hemostază endobronșică, iar în hemoragiile pulmonare masive este unica metodă, capabilă să salveze bolnavul de asfixie, să oprească scurgerea sângelui prin obturația bronhiei și oferă posibilitatea pregătirii pacientului pentru rezecții pulmonare în condiții de stabilitate hemodinamică.

MANAGEMENTUL CONTEMPORAN AL HP

Până în anii 1950 -1960 hemoptiziile și HP erau privite ca probleme ale interniștilor, însă pierderile masive de sânge, morțile prin asfixiere cu sânge, extinderea inflamației tuberculoase după hemoragii, au dus la o schimbare logică în atitudinea față de acest flagel – încercarea de a stopa hemoragiile

prin metode chirurgicale. În 1948 Ryan Th.C. și Lineberry W.T. Jr. au efectuat prima pneumoectomie urgentă la un pacient tuberculos, care a pierdut 720 ml de sânge în 24 ore. Maier H., Overholt R. H. în 1945 operează recidivele hemoragiilor după toracoplastii. Hemoragiile masive sunt un pericol pentru viața pacientului, tratați conservativ, 75% din ei vor deceda de asfixie (6). În centrele cu atitudine chirurgicală agresivă în HP letalitatea e de circa 17% (6, 34), iar dacă pacientul este operat în faza hemoragiei active mortalitatea e de 35-40% (9, 15). Rezecțiile pulmonare sunt o metoda radicală de hemostază în HP; înlăturând substratul anatomic, hemoragia se stopează imediat (1, 2, 5, 7 ru, 27). Conform datelor din clinica de tuberculoză (2 ru) efectul clinic al rezecțiilor pulmonare, efectuate cu țel de hemostază, a fost pozitiv în 89,9% cazuri. Este discutabil momentul intervenției hemostatice: majoritatea chirurgilor menționează pericolele operației în acneul HP (1, 7 ru, Перельман М. 1965). Se remarcă diferențe de opinii în diverse etologii ale HP: dacă în afecțiunile pulmonare cronice nespecifice hemoragia este indicație pentru intervenție urgentă (1, 5, 6, 7 ru), în tuberculoză indicațiile se pun mai târziu, după măsuri hemostatice intensive și stabilizarea stării pacientului (Богущ Л.К. 1967, Перельман М.И. 1965). Каримов Ш.И. и др., Ковальчук В.И и др., 1990 în studiul tacticii diagnostice și curative în afecțiunile pulmonare complicate cu HP menționează, că frecvența lor în afecțiunile pulmonare purulente cronice e de 10-60%, iar mortalitatea postoperatorie în aceste cazuri e de 15%, în cazul hemoragiilor profuze fiind de 60-80%. La unii pacienți cu hemoptizii și HP este contraindicată intervenția chirurgicală – ei sunt tratați prin embolizarea arterelor bronșice. Unii autori recomandă această procedură ca una obligatorie pentru pacienții, care ulterior vor fi supuși intervenției (37). Mai puțin este descris rolul embolizării arterelor bronșice la pacienții cu hemoptizii repetate de mic volum, dar procedura este indicată celor care nu sunt candidați chirurgicali (19). După părerea lui White R.I. 1999, standardul contemporan este folosirea tehnicii superselective de cateterizare a arterelor bronșice cu microcatetere și a particulelor de polivinilalcool (Ivalon) în calitate de embolii. Recurența hemoptiziilor după embolizare este un fenomen bimodal: recurențele în primele 30 zile sunt tratate cu succes printr-o nouă embolizare. La cei cu contraindicații pentru chirurgie, recidivele pot fi tratate prin embolizări repetate. Bobrowitz I.D. și colaboratorii 1983 (1), au ajuns la concluzia, că majoritatea HP serioase pot fi tratate cu succes conservativ. Haponik E.F. și colaboratorii 2000 (12), au stabilit, că HP rămân o problemă actuală pentru pulmonologii, care acordă ajutor urgent, deoarece, în fiecare an tratează 86% din HP masive, iar în 28% au prevenit cazurile letale. 95% din pulmonologi insistă asupra necesității tratării pacienților cu HP în secțiile de terapie intensivă; 85% susțin intubația precoce cu un tub endotraheal larg, monolumen; 64% susțin necesitatea bronhoscopiei precoce în primele 24 ore de la debutul HP (79% din ei propun FBS) (8); 55% cazuri de HP au fost diagnosticate cauzal cu ajutorul TC (se menționează utilitatea TC "spirale"); Jumătate din pulmonologi insistă asupra necesității angiografiei intervenționale, chiar și în cazurile chirurgicale. Studiul menționează creșterea popularității TC, FBS și angiografiei intervenționale în ultimii 10 ani. Corey R. and Hla K. M. 1987 (5) au analizat rezultatele tratamentului a 59 pacienți consecutivi cu HP majore și masive și au ajuns la concluzia, că declinul incidenței bronșiectaziilor și tuberculozei, creșterea cazurilor de bronșită hemoptoică și cancer pulmonar hemoragic au

schimbat modalitatea de tratament al acestor pacienți. La părerea lor, factorii etiologici, rata hemoragiei și starea operabilității pacienților au influență mare asupra tacticii și rezultatelor tratamentului acestor pacienți. Nici un pacient cu bronșiectazii, bronșite sau cu tratament cu anticoagulante nu a decedat, comparativ cu o letalitate de 59% în cazurile de cancer pulmonar hemoragic și 71% în cazurile de leucemie. Bobrowitz et all Conlan et all, Corey et Hla (1, 4, 5) susțin ipoteza ratei mici a mortalității în grupul de pacienți operabili, dar tratați medicamentos, iar ratele mortalității în diverse studii de tratament chirurgical (0,9%-50%) și terapeutic (1,6%-85%) reflectă incertitudinea concluziilor și necesitatea prelungirii studiului acestei probleme. Dweik R.A și Stoller J.K. 1999 (8) recomandă tratamentul chirurgical rezecțional în următoarele circumstanțe:

- în cazurile imposibilității embolizării arterelor bronșice sau dacă hemoragia continuă după procedura embolizării;
- volumul hemoragiei este mare și cu sechele hemodinamice periculoase vieții pacientului;
- cauza presupusă a HP este necontrolabilă prin embolizarea arterelor bronșice, cum ar fi cazul rupturii peretelui arterei pulmonare sau rupturii unui micetom pulmonar etc.

O altă modalitate de stopare endoscopică a HP este obturația bronhiei cu un obturator (28).

Managementul contemporan al HP masive include un șir de măsuri, subdivizate în 2 grupe:

1. stabilizarea pacientului;
2. stabilirea cauzei HP și instituirea tratamentului adecvat

(Civetta J.M. et all 1995).

Principiile de baza urmate în tratamentul acestor pacienți sunt:

- izolarea izvorului HP de celelalte părți ale arborelui traheobronșic;
- controlul sursei hemoragiei.

CONCLUZII

Hemoptizia poate fi un marker al unor afecțiuni serioase și o problemă recidivelor în cazul tuberculozei pulmonare, cancerului pulmonar și bronșiectaziilor, pune în pericol viața în cazul hemoragiilor masive.

Managementul este direcționat în 3 etape:

1. stabilirea faptului, că HP provine din arborele traheobronșic prin efectuarea fibrobronhoscopiei în timpul hemoragiei active;
2. identificarea etiologică și a cazurilor care reprezintă risc pentru viața pacientului prin determinarea volumului de sânge pierdut precum și a ratei hemoragiei;
3. considerarea faptului, că surse posibile ale hemoragiilor pulmonare sunt atât vasele pulmonare cât și vasele arteriale ale bronșiilor și alte vase sistemice.

În majoritatea cazurilor HP vor fi stopate prin metode nerezecționale de tratament, dar în condițiile unor structuri bine organizate, cu facilități diagnostice și terapeutice moderne, care oferă posibilitatea tratării acestor pacienți în săli de terapie intensivă, cu acces la procedee endobronșice (FBS și bronhoscopii rigide cu obturația bronșiei), rentgenoradiologice (angiopulmonografii, aortografii și arteriografii bronșice, embolizarea arterelor bronșice) și a efectuării rezecțiilor pulmonare în cazurile operabile. Rezecțiile pulmonare sunt metoda primară de tratament în HP masive.

BIBLIOGRAFIE

1. **Bobrowitz J D Ramakrishna S Shim Y S et al.** Comparison of medical versus surgical treatment of major hemoptysis Arch. Intern. Med. 1983, 143, 1343-1346.
2. **Borrie J** Management of thoracic emergencies Third Ed. ACC 1980 Ch. 12, Massive Hemoptysis pp. 228-237.
3. **Brinson G M Noone P G Mauro M A et al.** Bronchial artery embolization for the treatment of hemoptysis in patients with cystic fibrosis. Amer. J. Resp. Crit. Care Med. 1998, 157, 1951-1958.
4. **Conlan A. A. Hurwitz S S Krige L et al.** Massive hemoptysis. Review of 123 cases J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1983, 85, 120-124.
5. **Corey R., Hla K.M.** Major and massive hemoptysis; reassessment of conservative management Amer. J. of the Med. Sci. 1987, 294 (5) 301-9.
6. **Crocco J A Rooney J J Fankushen D S et al.** Massive hemoptysis Arch. Intern. Med. 1968, 121, 495-498.
7. **Dupree A J., Lewejohann J C., Gleiss J et al.** Fiberoptic bronchoscopy of intubated patients with life-threatening hemoptysis World J. of Surgery 2001, 25 (1) 104-7.
8. **Dweik R. A. Stoller J. K.** Role of bronchoscopy in massive hemoptysis, Clinics in Chest Medicine 1999, 20, 1, 89-104.
9. **Garzon A A Gourin A** Surgical management of massive hemoptysis. A ten year experience Ann. Surg. 1977, 187(3), 267-71.
10. **Gong H Jr. Salvatierra C.** Clinical efficacy of early and delayed fiberoptic bronchoscopy in patients with hemoptysis. Amer. Rev. Resp. Dis. 1981, 124, 221-225.
11. **Haponik E F Britt E J Smith P L et al.** Computed chest tomography in the evaluation of hemoptysis; impact on diagnosis and treatment Chest 1987, 91, 80-85.
12. **Haponik E. F., Fein A., Chin R.** Managing life-threatening hemoptysis. Has anything really changed? Chest 2000, vol. 118, no 5.
13. **Hayakawa K, Tanaka F, Torizuka T, et al.** Bronchial artery embolization for hemoptysis: immediate and long-term results. Cardiovasc Intervent Radiol 1992; 15:154-159
14. **Ikeda S.** Flexible bronchoscope Ann. Otol., Rhinol., Laryngol. 1970, 79, 916-923.
15. **Knott-Craig C.J., Oostrizen J.G. Rossouw G. et al.** Management and prognosis of massive hemoptysis. Recent experience with 120 patients J. of Thorac. and Cardiovasc. Surg. 1993, 105(3), 394-7.
16. **Lee T.W. Wan S Choy D K et al.** Management of massive hemoptysis; a single institution experience. Ann. of Thorac. And Cardiovasc. Surg. 2000, 6 (4) 232-5.
17. **Mal H. Rullon J., Mellot F. et al.** Immediate and long term results of bronchial artery embolization for life-threatening hemoptysis Chest 1999, 115, 996-1001.
18. **Mapel D. W.** Hemoptysis season Chest 2000, vol. 118, no 2 Editorial.
19. **Marshall T. J. Flower C. D. R. Jackson J. E.** The role of radiology in the investigation and management of patients with Hemoptysis Clinical Radiology 1996, 51, 391- 400a.
20. **Marshall T. J. Jackson J. E.** Vascular intervention in the thorax: bronchial artery embolization for hemoptysis Eur. Radiol., 1997, 7, 1221-1227.
21. **Mc-Guinness G., Beacher J. R. Harkin T.J. et al.** Hemoptysis: prospective high resolution CT/bronchoscopic correlation. Chest 1994, 105, 1155-1162.
22. **Mesurolle B. Lacombe P. Barre O et al.** Echecs et complications des embolisations arterielles bronchiques, Rev. Mal. Resp. 1996, 13, 217-225.
23. **Millar A B., Boothroud A E., Edwards D. et al.** The role of CT in the investigation of unexplained hemoptysis Resp. Medicine 1992, 86, 39-44.
24. **Naidich D P., Funt S., Ettenger N A. et al.** Hemoptysis: CT-Bronchoscopic correlations in 58 cases Radiology 1990, 177, 357-362.
25. **Poe R H Israel R H Marin M C et al.** Utility of fiberoptic bronchoscopy in patients with hemoptysis and a non-localizing chest roentgenogram Chest 1988, 93, 70-75.
26. **Prakash U. B.S. Stubbs S.E.** The bronchoscopy survey. Some reflections Chest 1991, 106, 1660-1667.
27. **Pursel S. E. Lindscog G. E.** Hemoptysis. A clinical evaluation of 105 patients examined consecutively on a thoracic surgical service Am. Rev. Resp. Dis. 1961, 84, 329.
28. **Rafinski R.** Die Zeitweilige Plomberung des Drainagebronchus als Behandlungsmethode des Spontanpneumothorax Msch. Kinderheilk 1968, Bd. 116, S 471-475.
29. **Ramakantan R., Bandekar V.G., Gandhi M.S., et al.** Massive hemoptysis due to pulmonary tuberculosis: control with bronchial artery embolization. Radiology 1996; 200:691-694
30. **Rasmussen V.** On hemoptysis, especially when fatal, in its anatomical and clinical aspects, translated by W.D. Moore, Edinburgh Med. J. 1868, 14, 385, 486.
31. **Remy J. Voisin C., Ribet M. et al.** Traitement, par embolisation, des hemoptysies graves ou repetees lies a une hypervascularisation systemique Nouv. Presse Med. 1973, 2, 31.
32. **Rezkalla M.A. Simmons J. L.** Idiopathic pulmonary hemosiderosis and alveolar hemorrhage syndrome: case report and review of the literature South Dakota J. of Medicine Mar. 1995, 48(3): 79-85.
33. **Salajka F.** The causes of massive hemoptysis Monaldi Arch. Chest Dis. 2001, 56(5), 390-3.
34. **Sahn S. A. Ed.** Pulmonary Emergencies Churchill Livingstone 1982
35. **Sehat S., Oreizie M., Moinedine K.** Massive pulmonary hemorrhage; surgical approach as choice of treatment. Ann. of Thorac. Surg. 1978, 25(1) 12-5.
36. **Stein M. G., Sulbarg M. S., Webb W. R. et al.** Recurrent hemoptysis treated by bronchial artery embolization West J. Med. 1987, 146, 358-359.
37. **Tazi A.** Hemoptysie: Orientation diagnostique, La revue du praticien 1998, 48, 1239-1242.
38. **Uflacker R., Kaemmerer A., Picon P. D. et al.** Bronchial artery embolization in the management of hemoptysis. Technical aspects and long-term results. Radiology 1985, 157, 637-644.
39. **Viamonte M. Jr.** Selective bronchial arteriography in man. Preliminary report. Radiology 1964, 83, 830-839.
40. **Vinetz J.M. Leptospirosis.** Curr Opin Infect Dis – 01-Oct-2001; 14(5): 527-38.
41. **White R. J.** Bronchial artery embolotherapy for control of acute hemoptysis Chest 1999, 115, 912-915.
42. **Амосов Н. М., Малахова А. В.,** Хирургическое лечение нагноительных заболеваний легких Киев 1956
43. **Богуш Л. К., Сорокин М. З.** Хирургическое лечение больных туберкулезом легких при кровохарканьях и кровотечении Москва 1969 39-43.
44. **Каримов Ш. И., Кротов Н. Ф., Шаумаров З. Ф. и др.** Диагностическая и лечебная тактика при заболеваниях легких осложненных кровотечением Грудная и сердечнососудистая хирургия 1990 4 49-52.
45. **Ковальчук В. И., Сазонов К. Н., Платунов С. К. и др.** Лечебная тактика при легочных кровотечениях Вестник хирургии им И И Грекова 1990 7 137-139.
46. **Колесов В. И.** Хирургическое и консервативное лечение легочных кровотечений Клин мед 1956 8 43.
47. **Недвецкая Л. М.** Хирургическое лечение хронических нагноительных процессов легких осложненных кровотечением Диссертация кандидата медицинских наук Москва 1963.
48. **Стручков В. И., Недвецкая Л. М., Долина О. А., Бирюков Ю. В.** Хронические нагноительные заболевания легких осложненные кровотечением Москва 1985.
49. **Фомичева Н. И.** Легочные кровотечения у больных туберкулезом Частота патогенез диагностика лечение Автореферат диссертации доктора медицинских наук Киев НИИ фтизиатрии и пульмонологии им Ф Г Яновского Киев 1988 34 стр.
50. **Яблоков Д. Д.** Бронхолегочные кровотечения и кровохарканья в клинике туберкулеза и внутренних болезней Изд Томского Университета, Томск, 1971.

TRATAMENTUL DEREGLĂRILOR FUNCȚIILOR TUBEI AUDITIVE (Revista literaturii)

O. Losii

Catedra ORL, FPM

The Hearing restoration and improvement seem to be one of most difficult and at the same time actual problems in the field of otolaryngology in patients with chronic suppurative otitis media, especially in those with eustachian tube permeability disturbances, in order to note the importance of the eustachian tube in the pathogenesis of certain inflammatory processes in the middle ear a number of clinical studies and experiments were carried out.

Key words: chronic suppurative otitis media, eustachian tube, tympanoplasty, tympanostomy

Restabilirea funcției tubei auditive este necesară pentru tratamentul otitelor medii acute și cronice, tubootitelor, otitelor secretorii, cu scop de drenare și evacuare a eliminărilor patologice și restabilirea aerării depline a cavității timpanice.

Încercări pentru a efectua tratamentul diferitor patologii a tubei auditive au fost efectuate la diferite etape (Gujet, 1724; Gleland, 1731; Politzer, 1863).

Mulți otorinolaringologi evidențiau că funcția tubei auditive se ameliorează în urma tratamentului unor patologii a nasului și rinofaringelui (Н. В. Овчинский, 1895; А. Г. Нихинсон, 1940; А. И. Мультусова, 1955, К. С. Бурдуладзе, 1966; В. И. Бессонов, 1975). Н. В. Овчинский (1895) cu scop de tratament al tubootitelor folosea irigarea faringelui cu soluții antiseptice, motivând rezultatul terapeutic prin aceea că are loc nu numai badijonarea medicamentoasă a ostiumului faringian al tubei auditive, dar mai produce și o gimnastică a musculaturii palatului moale. Iar în 1897 a folosit pentru tratament pneumomasajul membranei timpanice.

И. С. Чуприна (1897) propune pentru tratamentul catarului tubotimpanic irigarea cavității timpanice cu soluții bazice și hipertonicе.

Eschweller (1926) a utilizat în tratamentul tubootitelor cateterismul și bujarea tubei auditive.

Pentru sanarea urechii medii se folosea vacuumterapia – aspirarea conținutului patologic din cavitatea timpanică (С. С. Преображенский, 1907). Despre efectul curativ al acestei metode au mai menționat și alți autori (Krasnig, 1935; Torok, 1952; Temkin, 1957). М. Б. Крук cu ajutorul unui pneumofon, utilizează această metodă atât în otitele perforative cât și în cele neperforative, obținând rezultate satisfăcătoare.

O largă răspândire în tratamentul tubootitelor au avut-o aerosolii medicamentoși. Aubry, Corone, Vollencien (1951) aplicau aerosolii în regiunea ostiumului faringian al tubei auditive printr-un tub de cauciuc. Grimaldi (1955) pentru irigarea aerosolilor utiliza un aparat pneumatic. Rezultate bune în urma acestui tratament au obținut și alți medici (Fleury, 1950; Hulber, 1951; Frugoni, 1952; Mazota-Segardia, 1955; Flurin, 1957; Dutech, 1957; Felice-Pieri, 1957; М. Крук, 1971).

Odată cu revoluția tehnico-științifică s-au făcut încercări de a se aplica tratament chirurgical asupra tubei auditive. Mai întâi se înlăturau doar granulațiile din regiunea ostiumului timpanic al tubei (Wullstein, 1960; Zollner, 1963).

Pentru corectarea dereglărilor funcției de ventilare a tubei auditive se propun multe metode de acțiune asupra ei. F. Zollner (1959) la finele timpanoplastiei introducea în lumenul tubei un

fir de mătasă. P. Beickert (1962) introducea un tub de polietilenă, iar W. Wright (1977) – un tub de silicon.

Pentru examinarea proprietăților de reepitelizare a tubei auditive s-a efectuat un studiu experimental pe pisici (A. Marcella et al., 1973), cărora li se înlătura complet mucoasa din tuba auditivă și li se introducea în lumenul tubei o canulă de polietilenă. La majoritatea pisicilor peste 4 săptămâni se observa reepitelizarea tubei auditive, dar în regiunea ostiumului timpanic se evidențiau cicatrici.

O lucrare asemănătoare a efectuat pe pisici J. Parkin (1983). Dar după înlăturarea tunicii mucoase din tuba auditivă, prin intermediul unei freze se aplica în lumenul tubei canule din diferite materiale: polietilenă, poliuretună, silicon ș.a.

Rezultate mai bune s-au obținut după aplicarea polietilenei. După 8 săptămâni la toate pisicile s-au obținut timpanogramă de tip A. Concluziile atât de optimiste ale autorilor despre utilizarea canulelor nu pot fi convingătoare din cauza efectuării tuturor cercetărilor pe urechi sănătoase. Cu atât mai mult că alți autori (S. Lesinski et al., 1980), repetând metoda propusă de W. Wright, au primit alte rezultate. Examinând pacienții timp de 1-3 ani s-a constatat că funcția de ventilare a tubei auditive era dereglată la 97% bolnavi. La 30% din cazuri canula a căzut din lumenul tubei, la 36% s-a dezvoltat un proces inflamator în urechea medie, la 40% au apărut granulații, iar la 93% în cavitatea timpanică a apărut exudat mucos.

O altă metodă de îmbunătățire a funcției de ventilare a tubei auditive se bazează pe principii dereglărilor tubei auditive, în marea majoritate din cazuri, datorită schimbărilor patologice din regiunile ostiumului rinofaringian și timpanic. Metoda constă în efectuarea masajii digitale a ostiumului faringian. Din 50 de pacienți examinați, la 35 s-au obținut o ameliorare vădită după tratament (Ю. А. Сушко, Ю. А. Руденко, 1976). Acțiunea acestui masaj constă în evacuarea resturilor de țesut patologic din cavitatea timpanică și rinofaringe, ca urmare are loc ameliorarea funcției de drenare a tubei, se îmbunătățește vădit microcirculația sanguină și limfatică locală, se micșorează procesul inflamator. Influențând asupra ganglionului oticum, masajul digital reflector duce la micșorarea intensității acufenelor, cefaleei, îmbunătățește auzul (Barbier, 1951; Guy, 1952; Martin, Mayoux, 1954; Neagu, Costinescu, 1961; Berger, 1964; Belforte, 1966; Ю. А. Сушко, Ю. А. Руденко, 1976).

În caz de insuficiență a musculaturii peritubare, pentru îmbunătățirea ventilării și drenării cavității timpanice se folosește vibromasarea ostiumului faringian al tubei auditive (М. Б. Крук, А. Ф. Кулик, 1973). Această metodă a fost aplicată la 45 de pacienți, obținându-se la toți un rezultat satisfăcător.

Rezultate convingătoare s-au obținut la aplicarea preparatelor medicamentoase cu acțiune terapeutică asupra tubei auditive. S-a demonstrat că substanțele antihistaminice și antiinflamatoarele, corticosteroizii duc la ameliorarea funcției de ventilare a tubei auditive (Aubry, 1965; Asen, 1967; Brown, 1967; Franz, van Bruggen, 1967; Morvin, 1967; Angel, 1967; Gunter, 1968; Ayre, Leguerrier, 1968; Djan, Gumberg, 1968; Jacob, Wood, 1969; E. Cantekin et al., 1980; A.И. Коломийченко, 1965; Л.В. Авраменко 1969; И.Б. Солдатов, 1978; М. Б. Крук, 1980). Dar unii autori, utilizând aceste preparate au obținut rezultate mai puțin eficiente (T. Lindholdt et al., 1982; K. Grundfast, 1982; H. Virtanen, 1982).

Se mai practică inhalațiile endonazale cu antibiotice, corticosteroizi și alte preparate ce acționează nemijlocit asupra mucoasei rinofaringelui (М. Б. Крук, 1980).

Un rezultat bun a fost obținut după utilizarea electroforezei transmeatale, prin intermediul căreia se aplica lidază, tripsină, hidrocortizonă, dimexidă (Marcoli, 1953; Huber, 1954; Decroix, 1956; Aubin, 1958; Corone, 1959; Kluger, 1959; Garcia, 1960; Schwartzman, 1962; Faggiani, 1967, И. И. Гольдман, 1969).

Mulți dintre otolaringologi pentru aerarea și drenarea cavității timpanice la pacienții cu dereglarea funcției de ventilare, după timpanoplastie introduc sub grefa meato-timpanică o canulă pentru drenare (О. К. Патякина, Н. А. Преображенский, 1978; В. Л. Лялина, 1976; Н. Г. Сидорина, 1983). R. Wehs (1981) a propus ca în același scop să se aplice o canulă pentru drenare în antrum. Dar cercetările lui U. Koch (1980) au dovedit că aflarea îndelungată a canalelor pentru drenare în cavitatea timpanică nu ameliorează funcția de ventilare a tubei auditive. Iar la majoritatea pacienților timpanoplastia s-a dovedit a fi neeficace.

De asemenea a fost folosită și radioterapia tubei auditive (Kander, Sicher, 1950; Braestrup, 1950; Lallement, 1951; Garland, 1951; Guggenheim, 1952; Torri, 1952; Meltzer, 1954; Baarsma, Deions, 1955; De Jong, 1955; Aschan, Nohrmann, 1957; Gârbea, 1960; Duggan, Weijer, 1964; Bull, 1968; Pozsgay, 1970). Însă nu a avut succes din cauza iradierii hipofizei (Pierquin et al., 1954).

O metodă cu perspectivă de acțiune asupra tubei auditive se dovedește a fi beta – terapia de contact. Sursa de iradiere se aplică cu ajutorul unui cateter auricular către ostiumul faringian al tubei auditive. După tratarea a 60 de pacienți cu diferite forme de otită cronică, la 42 s-a obținut un rezultat satisfăcător (a dispărut otoreea, s-a ameliorat funcția de ventilare a tubei auditive). Examenul de control, peste 6 luni, a evidențiat un rezultat stabil (Ю. А. Сушко, 1982).

Cateterismul tubei auditive este utilizat și în timpul actual pentru tratamentul dereglărilor tubare. Această metodă are multe modificări tehnice. Se folosește pentru a introduce în lumenul tubei antibiotice, corticosteroizi, fermenți proteolitici (Junerfield, 1953; К. Н. Веремеенко, 1962; А. И. Коломийченко, 1965; Л. В. Авраменко, 1966; М. Б. Крук, 1971). Mai este folosit cateterismul tubei auditive cu ajutorul unor dispozitive optice și fibrooptice (Portmann, 1954, I. А. Зберовская, 1966, М. Б. Крук, 1982).

Toate cele menționate mai sus ne dovedesc, că indiferent de existența unui mare număr de metode aplicate pentru tratamentul dereglărilor funcțiilor tubei auditive, nici unul din ele nu poate fi socotit ca cel mai optimal și aplicat pe larg în practica medicală.

Particularitățile tratamentului dereglărilor funcțiilor tubei auditive la pacienții cu otită medie cronică supurată

Vorbind despre tratamentul dereglărilor funcționale ale tubei auditive, nu trebuie de omis faptul, că tuba este o componentă

a structurii urechii medii și un organ de legătură dintre cavitatea timpanică și rinofaringe. De aceea, orice intervenție, fie conservativă sau operatorie efectuată asupra căsuței timpanice și rinofaringelui acționează nemijlocit asupra stării tubei auditive. Atâta timp cât în cavitatea timpanică va persista un proces inflamator, nu poate fi aplicat un tratament separat al tubei auditive. Tratamentul tubei auditive la pacienții cu otită medie cronică supurată trebuie să fie complex și să cuprindă toate verigile urechii medii (Beickert, 1979; Sarafoleanu, 1979; А. В. Завадский, 1984).

Toate acțiunile terapeutice îndreptate spre tuba auditivă pot fi împărțite în conservative și chirurgicale. Tratamentul conservativ poate fi general și local. Metodele fizioterapeutice își au aportul său în tratamentul dereglărilor tubei auditive, acționând atât local, cât și asupra întregului organism (Zollner, 1963; Wullstein, 1968; Beck, 1969; Beickert, 1979; Sarafoleanu, 1979).

Terapia medicamentoasă cu acțiune generală asupra tubei auditive este utilizată de regulă în inflamațiile pronunțate a tubei auditive sau pentru hiposensibilizarea întregului organism. Terapia antibacteriană generală pentru acțiune selectivă asupra procesului inflamator din tubă practic nu se folosește. Deoarece în tuba auditivă predomină o formă a inflamației însoțită de edem, este rațională administrarea diureticilor benzotiazidici (hipotiazida). Utilizarea generală a hormonilor suprarenali nu și-a găsit răspândire largă în tratamentul dereglărilor tubare, din cauza unor reacții adverse (И. Б. Солдатов, 1978). Unii autori consideră că și acțiunea locală a corticosteroizilor necesită precauții din partea medicilor (Д. И. Тарасов, Л. Б. Дайняк, 1975).

Hiposensibilizarea nespecifică este pe larg răspândită în tratamentul patologiei tubei auditive, datorită rolului alergiei în etiopatogeneza afectării acesteea (Н. А. Бобровский, В. Г. Куприна, 1964). Ea include administrarea substanțelor antihistaminice, preparatelor de calciu, acid ascorbic. Pentru a majora reactivitatea generală a organismului se indică biostimulatori, vitamine, ATP. Administrarea intramusculară sau intravenoasă a pirogenalului dă rezultate bune în tratamentul tubootitelor cronice (М. Б. Крук, 1971).

Terapia medicamentoasă cu acțiune locală asupra tubei auditive constă în aplicarea substanțelor medicamentoase în tuba auditivă din partea ostiumului faringian sau a celui timpanic. Luând în vedere faptul că pacienții cu otită cronică posedă perforație stabilă a membranei timpanice, introducerea transmeatală a medicamentelor este ușor manipulată. Arsenalul medicamentelor aplicate este foarte mare: antibiotice, sulfanilamide, antiseptice, fermenți proteolitici, substanțe cu acțiune antiinflamatorie (Р. Б. Бариляк, 1972; А. И. Коломийченко, 1972; М. Б. Крук, 1977; В.Т. Пальчун, 1980). Pentru facilitarea tranzitării substanțelor medicamentoase prin urechea medie, este necesar de efectuat toaleta conductului auditiv extern și evacuarea exudatului din căsuța timpanică (Н. А. Преображенский, 1975). Deschiderea tubei auditive are loc la aplicarea a 3-5 picături de substanță vasoconstrictorie (Rundcrantz, 1969).

Alți savanți sunt de părerea că administrarea transtimpanală a soluțiilor medicamentoase este contraindicată din cauza acțiunii sclerogene și intensificării metaplasiei celulare a epiteliului mucoasei cavității timpanice (М.К. Котиленков, 1980; Ю.А. Сушко, 1982).

Bujarea tubei auditive a fost propusă de Zollner (1955) pentru pregătire preoperatorie către timpanoplastie. Pentru a menține lumenul deschis, autorul introducea în el tuburi de polietilenă sau fluoroplast. Alți medici foloseau metoda descrisă

atât în perioada preoperatorie cât și după timpanoplastie (Wullstein, 1968; И. И. Потапов, 1963; С. Н. Хечинашвили, 1963; Ю. Б. Преображенский, 1973; О. К. Пяткина, 1978). Apariția salpingoscoapelor a facilitat bujarea tubei prin ostiumul faringian al ei (Н. В. Зберовская, 1968; М. Б. Крук, 1971). Dar bujarea tubei la pacienții cu otită medie cronică supurată în perioada acutizării este inadmisibilă.

În ultimii ani pentru tratamentul dereglărilor funcției tubei auditive la pacienții cu otită medie cronică tot mai des este folosit laserul terapeutic. Se utilizează în special laserul CO₂ (Sharplan). Lungimea unde constituie 980 nm. Aplicarea transnazală. Expoziție 0,3-0,5 secunde. Dar, rezultatele obținute nu par a fi convingătoare pentru a utiliza această metodă.

Astfel, rolul principal în problema tratamentului inflamației tubei auditive îi revine caracterului etiopatogenetic al acestui proces. Ca criteriu de control în tratamentul inflamației tubare servește nu numai sistarea otoreii, ci și ameliorarea funcției tubei auditive după tratamentul dat.

BIBLIOGRAFIE

1. Ababii I., Kozliuc A.; Sandul A., Anisimova L. Aplicarea osului spongios autolog în mastoidoplastia la bolnavii cu otite medii supurative cronice. Buletinul academiei de Științe a Republicii Moldova // Științe biologice și chimice. 1995.- Nr.5.- P. 63-66.
2. Agro A.S., Garner E.T., Wright J.W. 3rd: Clinical trial of ototopical ofloxacin for treatment of chronic suppurative otitis media. Clin Ther 1998 Jul-Aug; 20(4): 744-59.
3. Ataman T., Pascu Al., Georgescu M. – Recuperarea auditivă. Medicina modernă, 1997, Vol 4, a 4, p. 192 – 193.
4. Otitis media, atelectasis, and Eustachian tube dysfunction. C. Bluestone and J.O. Klein. In: C. Bluestone, S. Stool and M. Kenna, eds. Pediatric Otolaryngology, Vol. I. Philadelphia, WB Saunders, 1996, pp 431-443.
5. Bluestone C. Epidemiology and pathogenesis of chronic suppurative otitis media: implications for prevention and treatment. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1998 Jan; 42(3): 207-23.
6. Deron P., Clement P., Derde M. Septal surgery and tubal function. Rhinology 1999, v. 33, p. 7-9.
7. Di Bartolomeo J., Henry D. A new medication to control patulous eustachian tube disorders. Am J Otol. 1995, v. 13, p. 323-327.
8. Dyer R., McElveen J. The patulous eustachian tube: management option. – Otolaryngol. Head & Neck Surg., 1991, v. 105, N 5, p. 832-835.
9. Fernau J., Hirsch B., Derkay C. Hyperbaric oxygen therapy: effect on middle ear and tubal function. Laryngoscope 1999, v. 102, p. 461-468.
10. Iwano, Honjo I., Kumazawa T., Honda K. Otitis media with effusion and Eustachian tube dysfunction in adults and children. - Acta Otolaryngol., 1998, suppl. 500, p. 66-69.
11. Lancaster J.L., Mortimore S., McCormick M., Hart C.A. Systemic absorption of gentamicin in the management of active mucosal chronic otitis media. Clin Otolaryngol 1999 Sep; 24(5): 435-9.
12. Sakagami M. Bilateral same-day surgery for bilateral perforated chronic otitis media. Auris Nasum Larynx 2000 (Jan); 27 (1): 35-8.
13. Sakagami M. Bilateral same-day surgery for bilateral perforated chronic otitis media. Auris Nasum Larynx 2000 (Jan); 27 (1): 35-8.
14. Пальчун В. Т., Крюков А. И., Туровский А. Б. Дисфункция слуховой трубы. Новые аспекты диагностики и лечения. - Вестник оториноларингологии. 2000, № 4, с. 5-10.

VARIANTE ANATOMICE

SISTEMUL VASCULAR AL RINICHIULUI ARCUAT INFERIOR

O. Mocealov

Medic urolog, or. Tiraspol

The arterial system of the horseshoe shaped kidney. During the study of the structure of kidney and its vessels architectonics it was found in a man of 42 an inferior archwise kidney. In this case the vessels architectonics, their origin and number are essentially different.

Key words: kidney, anomaly, blood vessels

Studierea particularităților structurii renale și a arhitectonicii vaselor sanguine ale 564 rinichi, s-a depistat la un barbat în vârstă de 42 de ani, ren arcuatus inferior, decedat în urma asfíxiei prin mase vomitante. În acest caz arhitectonica vaselor sanguine, inclusiv originea și numărul surselor diferă esențial de aceiași indici caracteristici comparativ cu rinichii intacti.

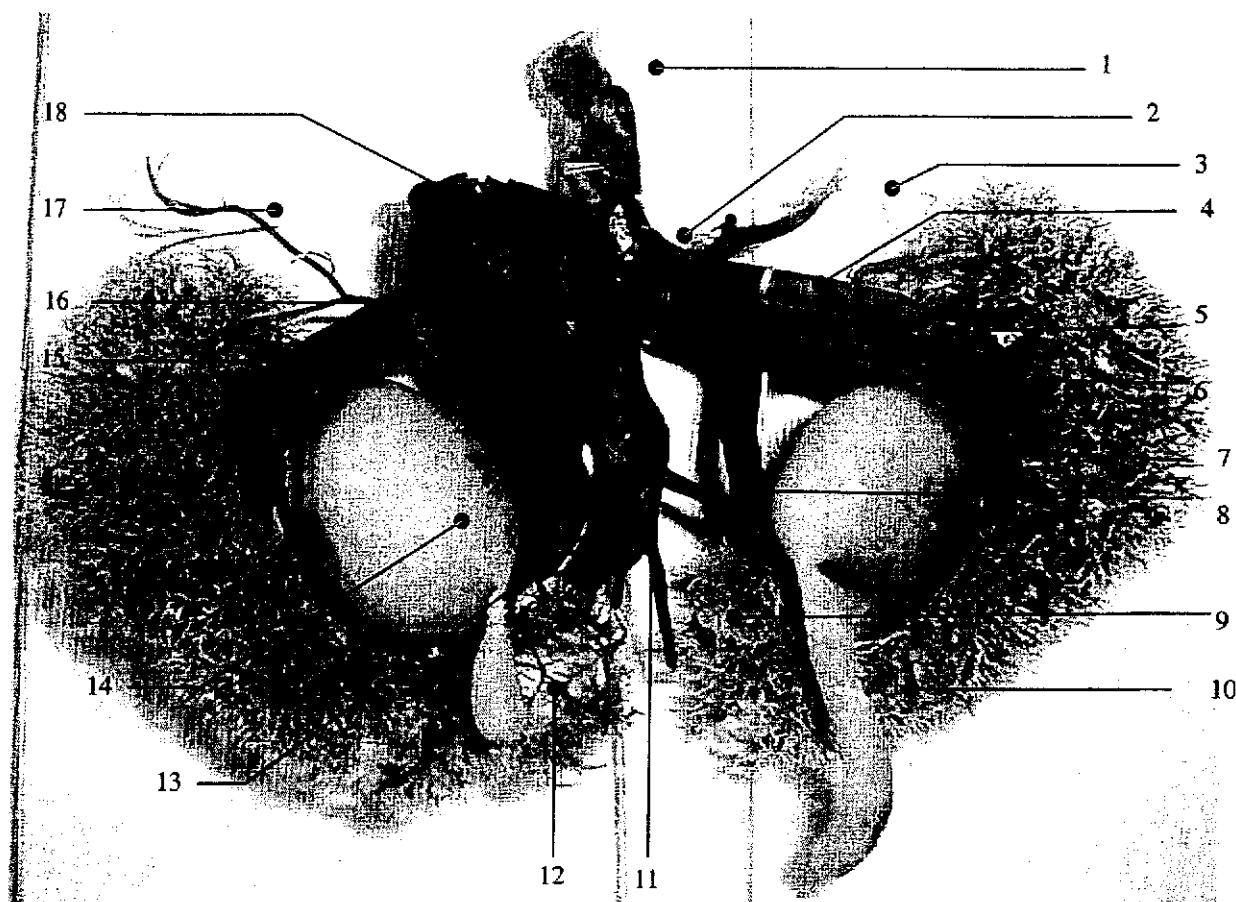
Cuvinte-cheie: rinichi arcuat, sistemul vascular

Архитектоника кровеносных сосудов почек в значительной степени определяет их структурно-функциональные особенности, в том числе варианты строения, типы аномалий и степень их выраженности (Н.С.Баньковский и соавт., 1978). В этом контексте следует подчеркнуть, что среди многочисленных видов

аномалий формы почек наблюдается и *ren arcuatus inferior* – подковообразная почка с нижним перешейком.

Как известно, дефинитивная почка развивается из метанефрогенной ткани. При расположении метанефрогенных зачатков почек в близи срединной сагитальной плоскости может произойти слияние

Коррозионный препарат сосудов и экскреторного дерева подковообразной почки.



- 1 - Aorta abdominalis;
- 2 - A. mesenterica superior;
- 3 - V. suprarenalis inferior sinistra;
- 4 - A. renalis sinistra;
- 5 - V. renalis sinistra;
- 6 - V. testicularis sinistra;
- 7 - Pelvis reni sinistri;
- 8 - A. renalis inferior polaris sinistra perforanta;
- 9 - A. isthmi renalis perforanta;

- 10 - Ureter sinister;
- 11 - A. polaris inferior perforanta dextra;
- 12 - Ureter dexter;
- 13 - V. renalis accesoria dextra;
- 14 - Pelvis renalis dextra;
- 15 - V. renalis dextra;
- 16 - A. renalis dextra;
- 17 - A. suprarenalis inferior dextra;
- 18 - V. Cava inferior.

полюсов (верхних или нижних) почек той и другой стороны. Таким образом могут возникнуть *ren arcuatus superior* или *inferior*. Не исключаются и другие формы аномальных почек, возникающих вследствие слияния правых и левых нефрогенных зачатков: *ren informis*, *ren scutaneum*, *ren embryonalis* (В.Х. Фраучи, 1966). Относительно подковообразной почки следует отметить, что часть почечной ткани, расположенной между полюсами почек – верхними или нижними – получила название перешеек подковообразной почки (*isthmus*). В формировании перешейка подковообразной почки принимает участие метанефрогенная ткань как правой, так и левой сторон тела.

При изучении структурных особенностей 564 почек и архитектоники их кровеносных сосудов в одном случае нами была обнаружена подковообразная почка – нижний вариант (*ren arcuatus inferior*). Пациент в возрасте 42-х

лет умер в результате асфиксии аспирированными рвотными массами.

Органокомплекс – *ren arcuatus inferior*, включающий кровеносную систему почек с сегментами брюшной части аорты и нижней полой вены, мочеточники, был подвергнут нами детальному изучению, в том числе различными биометрическими методами, и по М.Г. Привесу и соавт. (1974).

Масса изученного органокомплекта составила 283 г. Верхние полюса почек были на расстоянии 18,5 см друг от друга вместо обычных 6-8 см. Продольная ось правой почки дивергировала несколько больше в сравнении с таковой левой; почечный угол равнялся 32°, он обращен вниз. Длина правой почки – 10,1 см, ширина – 5,3 см, толщина – 2,7 см. Те же параметры слева составили: 10,0 см x 5,4 см x 2,5 см, соответственно. Ворота обеих почек обращены вентрально, деформированы. Резко расширен-

ные почечные лоханки располагаются главным образом экстраренально, форма их близка к сферической (рис. 1). С обеих сторон отмечается сужение лоханочно-мочеточниковых сегментов. Внутренний диаметр мочеточников в их нижней трети составил 7,1 мм справа и 7,5 мм слева. Толщина их стенок варьировала от 1,1 мм до 1,25 мм.

Через брюшную часть аорты и нижнюю полую вену была налита кровеносная система подковообразной почки; с этой целью была использована специальная быстросотвердеющая пластмасса. Затем был изготовлен коррозионный препарат по разработанной нами методике.

Удалось установить, что в кровоснабжении подковообразной почки принимают участие ряд сосудов. Артерии почек (за исключением сосуда, питающего перешеек, отходящего от левой почечной артерии) располагались позади венозных почечных стволов. Справа наряду с основной почечной артерией были обнаружены две добавочные артерии. Верхняя – отходит от передне-латеральной окружности аорты, следуя к верхнему полюсу соответствующей почки. Ее длина 6,8 см, диаметр 0,6 см. На середине длины почечной ножки от этой артерии отходит ствол диаметром 0,1 см, пенетрирующий верхний полюс правой почки. В поверхностных слоях почечной паренхимы можно проследить разветвления второго – четвертого порядков названного сосуда. К нижнему полюсу правой почки следует добавочная артерия, отходящая от артериального стволика, питающего перешеек почки. Ее длина 2,7 см, а диаметр 0,15 см. На пути к нижнему полюсу она огибает снизу почечную лоханку. На коррозионном препарате заметны зоны правой почки, кровоснабжающиеся за счет добавочных верхней и нижней артерий. Слева от латеральной окружности

аорты под углом 82° отходит артерия длиной 7,8 см и диаметром 0,6 см. Спереди она прикрыта почечной веной той же стороны. В области ворот левой почки она разветвляется на ветви второго порядка, а глубже – и последующих (третьего – четвертого) порядков.

Описанные артериальные сосуды прикрыты спереди почечными венами. Диаметр правой почечной вены 8 мм, левой – 11 мм. К нижнему полюсу левой почки подходит еще один артериальный ствол от артерии, питающей перешеек. Спереди он также прикрыт венозными сосудами.

В нашем случае *ren arcuatus inferior* кровоснабжается из 6 источников, в частности перешеек отличается обильным орошением кровью. Также была выявлена богатая венозная сеть, главные стволы которой топографически не повторяют ход артерий.

Таким образом, приведенный случай представляет интерес, поскольку аналогичный вариант не столь часто встречается среди аномалий формы почек. Кроме того, в плане архитектоники кровеносных сосудов, в том числе количества и источников их происхождения, он несколько отличается от аналогичных случаев, описанных в литературе. Главная особенность препарата – это наличие множественных источников кровоснабжения аномальных почек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баньковский Н. С., Левковский Н. С., Матросов Н. К., Кукшин А. В. Аномалии сосудов почки и их роль в генезе первичных гидронефрозов. Материалы II-го Всес. съезда урологов, Киев, Здоров'я, 1978, с.53.
2. Привес М. Г., Ризаев У. М. О технике рентгенологического исследования сосудов почки. Вестник Хирургии, 1974; 3:59
3. Фраучи В.Х. Топ. анат. и операт. хирургия. Казань, 1966, с.248.

JUBILEE

„EU CRED ÎN VALORILE UNIVERSALE NU ÎN APARTENENȚA IDEOLOGICĂ”

Interviu cu VASILE ANESTIADE

Vitalie Ciobanu: – Stimate domnule profesor, Vasile Anestiade, la 4 mai 2003, sărbătoriți o frumoasă aniversare, atingeți un prag „biblic”, un moment deosebit în destinul unui om. Este motivul pentru care v-am invitat să purtăm acest dialog în paginile revistei noastre. Ați fost vreme de aproape un sfert de secol rector al Institutului de Medicină din Chișinău, într-o perioadă complicată, înainte de 1989. Astăzi conduceți Centrul de Patobiologie al Academiei de Științe. Într-o viață de intensă activitate științifică ați acumulat titluri și distincții remarcabile. Aveți sentimentul împlinirii?

Vasile Anestiade: – Întrebarea Dv. nu e deloc ușoară. Albert Einstein era de părere că după 60 de ani, dacă ai trăit o zi bine, trebuie să mulțumești naturii, în caz că ești ateu, iar dacă aparții unei confesiuni religioase, se cuvine să-i mulțumești lui Dumnezeu. Patriarhul Pimen al Rusiei (pe care l-am auzit cu urechile mele) spunea la rândul său: „La 70 de ani mulțumește lui Dumnezeu pentru fiecare oră trăită”. Sigur, ar fi cumva lipsit de modestie din partea mea să nu fiu recunoscător Celui de Sus, zeilor pe care îi admir, pentru faptul că am atins 75 de ani, că am prieteni foarte buni, de vârste diferite: deși puțini, în schimb fideli și valoroși. Viața ne oferă numeroase ocazii, pe unele le fructificăm, pe altele le ratăm. Cu toate acestea, mă consider un om împlinit și doresc și altor semeni de-ai mei, care muncesc onest, să atingă aceeași vârstă și să trăiască sentimentul de care mă întrebați.

Vit.C.: – Dv. nu renunțați niciodată. Mi-ați spus de multe ori că indiferent de etate, e bine să o privim doar ca pe o etapă, ca pe o „escală” existențială. Pentru că mai avem speranța că

viața continuă și că multe alte lucruri putem realiza. E un tonus foarte pozitiv.

V.A.: – Aceasta este convingerea mea: să nu te oprești, să-ți propui mereu alte obiective, care să-ți dea sens vieții. Am să vă mai dau un citat, din filozoful antic elin Democrit: „Oamenii imploră sănătatea de la zei, fără a ști că au mijloacele păstrării ei în propriile lor mâini.” – un adevăr valabil și azi, ca și atunci când a fost enunțat, cu 400 de ani î.Ch. Asupra nevoii de a fi activi la orice vârstă ne atrag atenția și alți înțelepți longevivi: Bernard Show, Goethe, Bertrand Russel, Stravinski ș.a. Durata (teoretică) a vieții ajunge azi la 115-120 de ani. Pe de altă parte, ca om de știință sunt nevoit să apreciez starea ființei umane ajunsă la o vârstă înaintată, mai ales când ești concomitent subiect și „obiect” al



propriilor cercetări. De aceea cred că ați face proiecte nerealiste, de la un punct încolo, înseamnă să dai dovadă de frivolitate. Proiectele trebuie să fie rezonabile, e bine să fii conștient de capacitatea ta de a le realiza – vă spun acest lucru eu, care mă ocup de problemele Gerontologiei și ale Juvenologiei. Nu pot să-mi imaginez că aș putea fi în afara cercetării, în afara prezenței la anumite congrese științifice, unde rezultatele investigațiilor sunt expuse în fața specialiștilor din domeniu, iar tu participi, pe viu, la dezbaterile lor. Mă așteaptă în viitorul apropiat câteva deplasări în străinătate. Mai întâi, un forum mondial dedicat calității sănătății și a mediului ambiant, intitulat „Environment and Human Health”, la Sankt-Petersburg, între 29 iunie și 2 iulie 2003. Am trimis materialele mele, articolul a fost deja publicat. Am o invitație pentru același



interval de timp la Barcelona – „6th European Congress of Gerontology” – și va trebui să aleg. Urmează, în septembrie, la Ljubljana, Congresul al XIX-lea al Societății Europene de Patologie – Societate care m-a nominalizat „Senior” la Berlin, în 2001 – unde de asemenea au fost acceptate rezultatele pe care le-am obținut. Viața activă îmi dă o satisfacție deosebită. Sunt conectat la evenimentele politice de la noi și din lume. Urmăresc presa culturală. Știți foarte bine că vă citesc foarte atent revista de la primul număr. Contrafort e o mângâiere pentru mine, un izvor de inspirație, și reprezintă o lectură de cultură modernă, foarte utilă și pentru tinerii medici cu care lucrez și cu care discut, în momentele libere, pe marginea textelor din Contrafort. Hărnicia Dv. mă obligă să încerc să țin pasul și eu. Însă sunteți prea „accelerați” pentru vârsta mea și nu reușesc.

Vit.C.: – Sunteți om de știință, aveți grijă să nu fiți acuzat de parti-pris-uri literare și ideologice!... Povestiți-ne despre volumul deosebit pe care l-ați realizat, e vorba de o lucrare de știință fundamentală, foarte importantă, care a apărut, în două limbi, rusă și engleză, sub auspiciile AȘM și ale Academiei de Științe Medicale din Rusia, la Sankt-Petersburg. Ce înseamnă ea pentru Dv., pentru activitatea pe care o desfășurați de-a lungul mai multor ani în cadrul Centrului de Patobiologie de la Chișinău?

V.A.: – Subiectul acestui studiu este Aterogeneza. E un fenomen biologic care îl marchează pe om de la naștere și până la trecerea în lumea umbrelor. El deviază în evoluție și involuție, generând cele mai grele patologii, aflate în atenția medicinei, și anume: patologiile cardiovasculare. De ele suferă mai mult de jumătate din populația globului. Aterogeneza, numită în popor „rugina vieții”, poate să-l însoțească pe om și să nu se manifeste funcțional-clinic. În acest caz el ar fi capabil să trăiască și peste o sută de ani! Și invers. Stresul, condițiile mediului ambiant stimulează și determină aceste patologii. E o problemă de maximă importanță, de ea depinzând frecvent longevitatea vieții. Mă ocup din 1959 de aterogeneză. Am avut noroc de doi mari savanți, unul rus (Strukov) și altul american (White), care m-au orientat la momentul oportun. Pe parcurs, studiind, am depistat fazele incipiente ale aterosclerozei și reversibilitatea acestora – fenomene care prezintă atât un interes teoretic fundamental, cât și unul cert aplicativ. Am scris circa 700 de lucrări (articole, rapoarte etc.) și zece monografii în domeniu. Discipolii și colaboratorii mei au dezvoltat substanțial această direcție. Lucrarea la care v-ați referit, intitulată Aterogeneza (aspecte patobiologice), însumând circa 330 de pagini, adună rezultatele unor investigații fundamentale originale și sinteza a 4 decenii de muncă. În elaborarea lor ne-au ajutat contactele cu partenerii de peste hotare. Cu Institutul de Medicină Experimentală din Sankt-Petersburg, de pildă, colaborăm de 40 de ani. Monografia a fost lansată la al XXIV-lea Congres al Academiei Internaționale de Patologie, desfășurat în Amsterdam, în octombrie 2002. În iunie, același an, ea a fost lansată la Moscova, în cadrul celui de-al VI-lea Congres european de Gerontologie. Să mai adaug că monografia a fost evaluată și la Institutul de Patologie al Universității Humboldt (Berlin), institut de mari exigențe, ce poartă numele cunoscutului om de știință, fondatorul patologiei moderne, Rudolf Virchow; este amplasat în renumitul spital Charité, care a scăpat ca prin minune de distrugerile războiului. În România, lucrarea a fost prezentată la București,

la Institutul „Victor Babeș”. Cu acest prilej mi s-a înmănat și diploma de membru de onoare al Academiei Române de Științe Medicale, și tocmai în aceeași zi, 7 noiembrie 2002 – o coincidență: mi s-a acordat medalia de aur „Sfântul Gheorghe”, potrivit ratingului academic internațional „Fortuna de Aur” – o distincție oferită la sfârșit de an unor personalități din diverse țări, „care au înregistrat progrese evidente în știință, economie, artă și cultură”. E vorba de o serie de academii de științe din spațiul Europei Centrale și de Est, vreo 20 la număr, cu sediul central la Kiev. Astfel, pot spune că anul 2002 a fost reușit pentru mine. M-ați întrebat de proiecte. Voi studia în continuare etatea, felul cum se manifestă aterogeneza, patobiologic vorbind, la o vârstă avansată. Am înaintat acest proiect la nivelul experților internaționali (OMS), și a fost aprobat până în anul 2015. Să dea domnul să trăim până atunci!

Vit.C.: – Domnule profesor, recitind zilele acestea primul nostru interviu, publicat în Contrafort nr.2-3 / 1997, am constatat că multe din ideile și opiniile pe care le enunțați acolo nu și-au pierdut deloc actualitatea, din nefericire, așa zice. Care mai este azi statutul științei, prestigiul omului de cultură în societatea moldovenească, cum este privită știința de guvernanți?

V.A.: – E o problemă care îmi provoacă o mare amărăciune. Ce vreau să vă spun. Spațiul nostru natal a dat dintotdeauna oameni de mare valoare și așa dori ca cei ce decid soarta științei să conștientizeze importanța ei, să nu o subordoneze unor scopuri politice, să nu încerce să profite fraudulos de pe urma ei. Or, în Moldova suntem în plin proces de provincializare. Eu prezint rapoarte științifice la diverse congrese în străinătate, unde îmi sunt insistent solicitate. Cheltuielile de deplasare sunt de cele mai multe ori acoperite de organizatori. Rapoartele noastre ajută la promovarea unei imagini pozitive a RM, dar acasă nu are cine aprecia aceste eforturi. Nici moral, nici material. Nu s-a schimbat nimic în bine de la ultimul nostru interviu. Din contra: azi mi se cer mai multe hârtii pentru o nouă instanță care dirijează știința. AȘM și-a pierdut suveranitatea academică, a devenit o structură intermediară, care este menținută, am impresia, mai mult pentru oficializarea unor titluri academice. Presa de la Chișinău nu de mult a discutat cu aprindere posibilitatea de a se legaliza conferirea acestor titluri liderilor de partide, businessmanilor și demnitarilor. Aici am ajuns!

Vit.C.: – Academia suportă presiuni teribile din partea guvernanților, care ar dori să o transforme într-un fel de anexă a puterii politice: diverși nechemăți au devenit academicieni peste noapte, pentru că aduc servicii oficialităților, fapt ce provoacă o mare îngrijorare asupra viitorului instituției. Se pare că până acum, în al 12-lea an al „tranziției moldovenești”, nu a existat atâta arbitrar și incompetență în atribuirea unor titluri științifice...

V.A.: – Just. Pe timpul URSS-ului titlul de academician era oferit după o analiză minuțioasă a candidaților. Trebuia să-ți dovedești valabilitatea, să trimiți la expertiză absolut toate lucrările. Când am fost promovat, inițial ca membru corespondent în 1965, apoi ca membru titular în 1972, toate lucrările și activitatea mea științifică, nu publică, au constituit obiectul unor analize efectuate în cadrul Academiei mari din Moscova – faimoasa Academie fondată de Petru I și recunoscută în lumea largă – la două secții: de biologie generală, și, respectiv, de fiziologie și medicină. Și numai după această evaluare am fost omologat ca membru al Academiei în cauză. Am fost recomandat

de trei mari personalități: Pavel Lukomski (terapeutul principal de la MS al URSS, omul care semna buletinele de boală ale lui Stalin), Ananotoli Strukov (patologistul care i-a făcut expertiza medico-legală „marelui tătuc”) și Nicolae Kraievski, cu care am fost promovat la Paris în Academia Internațională de Patologie. Este specialistul responsabil de identificarea cadavrului lui Hitler, numele său apare în memoriile mareșalului Jukov. Ani de zile, nu am îndrăznit să mă numesc academician alături de acești savanți celebri. Azi, în „independentă” Moldovă, aceste „complexe” au dispărut. De altfel, în Occident de mult nu se mai utilizează titlul de academician, ci este preferat cel de profesor (în diverse sintagme). La noi, însă, te izbești de „academicieni” la tot pasul – semn că trăim într-o provincie izolată. E un titlu totalmente devalorizat, nici nu mai știu câte academii există azi în RM.

Vit.C.: – Ați fost rector cu cea mai lungă durată al Institutului (actualmente Universitatea) de Medicină din Chișinău. Vorbiți-ne puțin despre absolvenții Dv. Ce nume credeți în momentul acesta că merită a fi roșite, oameni care v-au confirmat așteptările, au devenit veritabili profesioniști, cercetători cu care vă mândriți?

V.A.: – Mă întâlnesc sistematic cu foștii mei absolvenți. Aceste întâlniri îmi provoacă o mare bucurie. Sentimentele sunt reciproce. Discipolii mei, pot spune, făuresc istoria medicinei noastre moderne. Însă, în RM, din păcate, medicina a devenit o cenușăreasă. Dacă se vor generaliza anumite fenomene negative, cele care îi consternează pe profesioniștii devotați jurământului lui Hippokratēs – mă refer la pretinsa „vânătoare de corupți” declanșată în ultimele luni de autorități în cadrul instituțiilor medicale, cu o încrâncenare demnă de o cauză mai bună – viitorul se anunță trist și obscur. În Israel, acum câțiva ani, oamenii cu care m-am întâlnit din comunitatea de acolo, au numit cifra de 20 000 de absolvenți, cărora le-aș fi semnat diplomele – mulți dintre ei stabiliți în „Jara Sfântă”. Era atât de mare într-o perioadă autoritatea acestor diplome, încât deținătorii lor, ajunși în Israel, nu erau supuși atestării, deoarece institutul din Chișinău era clasificat drept „experimental”, de înaltă performanță, alături de alte 3 (din cele 75) institute de profil din URSS: din Moscova, din Leningrad și, respectiv, din Kiev. Cu ocazia acelei vizite în Israel, am primit insigna „50 de ani de la victorie, 1945-1995”, pe care am transmis-o muzeului universitar. Am pregătit peste 100 de doctori în știință și „habilitați”, cum se spune aici – informație pe care am livrat-o unui săptămânal din Chișinău, dar cei din redacție au crezut că e o greșeală și au publicat cifra 10!... Ei bine, din acești circa 100 (nu 10!) de specialiști ai mei veți găsi în orice ierarhie științifică și didactică, sunt medici-savanți care lucrează în mai multe țări ale lumii. Nu vreau să dau nume, pentru a nu provoca animozități între ei. Patologia mi-a permis, ca specialitate de bază, să am discipoli în multe direcții. Chiar zilele acestea am autorizat un fost student de-al meu care își va susține disertația de doctor în științe la Moscova. Altul urmează să-și apere teza la Chișinău, un al treilea, din București, pregătește o disertație în Gerontologie și, să nu vă mirați, am un doctorand la Tiraspol.

Vit.C.: – Chișinău-București-Tiraspol, halucinantă triadă!

V.A.: – În știință nu se ține seama de granițele politice.

Vit.C.: – Cu certitudine, avem oameni de valoare și în alte domenii. Întrebarea este de ce oare, dispunând de un

asemenea potențial intelectual, nu am reușit după 1989 să formăm o elită capabilă să ia în mâinile sale destinul acestui popor, să-l aducă pe făgașul unei dezvoltări democratice și europene? E o carență de caracter a basarabenilor – incapacitatea lor de a se solidariza, individualismul acerb, păgubos, sinucigaș –, nu știm să vedem interesul național dincolo de orgoliile personale? Care să fie cauza?

V.A.: – Ați răspuns deja în principiu la această întrebare. În octombrie 2002, la Amsterdam, aflându-mă la congresul Academiei Internaționale de Patologie, într-o discuție liberă dar aprinsă, mi s-a adus următorul reproș: „Ori sunteți cointeresați, Dv. cei din Moldova, să mențineți o instabilitate în zona în care trăiți, instabilitate ce favorizează îmbogățirea frauduloasă a conducătorilor voștri, dincolo de limba, etnia și convingerile lor politice, ori nu sunteți apți a deveni o Irlandă, un Cipru, o Slovenia, o Estonie. Aveți o populație polivalentă, creativă – pentru că se creează mai bine într-un loc în care se încrucișează diferite culturi și civilizații – o situație strategică Est-Vest de care ați putea beneficia, asemeni Finlandei lui Paasikivi și Kekkonen, doi președinți care au folosit, după cel de-al doilea război mondial, o situație geostrategică similară pentru a ridica nivelul de trai în țara lor. Dar nu o faceți. Aveți grijă. Urmașii nu vă vor ierta această iresponsabilitate.” Discuția a fost de lungă durată și nu tocmai plăcută, cu participanți din Europa și din țările vecine nouă, având propria experiență a tranziției. Aceeași comparație, cu țările mici ca și noi, marcate de probleme etnice asemănătoare, mi s-a întâmplat să aud și la un congres la Vatican, în 2000. Irlanda, Cipru, Slovenia, Estonia, țări pe care le-am vizitat, au o situație economică incomparabil mai bună decât RM, în pofida, de pildă, a conflictului politic dintre turci și greci în Cipru. Vă spun sincer, mi-a fost de fiecare dată foarte greu să explic interlocutorilor mei „specificul nostru național”. Eu cred că în societatea basarabeană, problema capitală este asigurarea vitalității ființelor umane, iar axioma zilei ar trebui să fie concordia civică. În caz contrar, vom avea conflicte violente, sărăcie, demoralizare și epuizare fizică. O spun ca medic, înainte de toate. Eu mă țin minte din 1933, când a fost asasinat primul ministru I. Gh. Duca de legionari, îmi amintesc și de dictatura lui Carol al II-lea. Da, am simțit această dictatură, chiar dacă eram foarte mic atunci. A fost o schimbare radicală. Dacă până atunci, în perioada când la putere se aflau partidele istorice, era democrație și în curtea Dv. nu avea voie să intre jandarmul fără mandat, după instalarea dictaturii lui Carol, puterea a devenit discreționară. Nu mai zic de grozăviile ce au urmat – războiul, foametea, totalitarismul comunist. De aceea nu sufăr extremele, de orice culoare politică ar fi. Avem oameni dotați, dar ei nu au fost învățați să coopereze. A fost încurajată concurența neloială, în care, evident, nu criteriile profesionalismului contează, ci capacitatea de adaptare într-un mediu vicios, impostura, ipocrizia, dublul standard, „manevrele interzise”. În Moldova talentele autentice sunt pur și simplu strivite. Așa se explică „exodul de creieri” la care asistăm. Mă bucură mult faptul că generația Dv. Încercați să realizați o așa-zisă sincronizare cu Europa, cu Occidentul, așezând pe primul plan calitatea individuală, nu „generozitatea” sloganului. Dar vorbim de o minoritate. Predomină interesele de grup, mentalitățile meschine, servilismul și spiritul de vendetă. Tragerea sforilor în folos propriu și împotriva interesului național este calitatea de

căpetenie a autohtonilor noștri. Cred că de situația jalnică a Moldovei, de faptul că nu am devenit și noi o Slovenie, se fac vinovate toate guvernările din ultimii 12 ani, sistemul kakistokrației – după inspirata definiție a lui Dorin Tudoran.

Vit.C.: – Rezumând răspunsul Dv., am putea face următoarea ierarhie: influența fostei metropole, de care nu reușim să ne desprindem; lipsa unei tradiții istorice care a fost extirpată în cei 50 de ani de totalitarism „roșu” – s-a făcut o contraselecție a elitelor: inșii periferici, lumpenii sociali au ajuns în fruntea bucatelor, iar oamenii de valoare au fost marginalizați, izgoniți, șantajați, umiliți. În sfârșit: incapacitate cronică de cooperare. E greu, în aceste condiții să-ți imaginezi o solidaritate socială, creată doar în baza unui instinct sănătos, care să ne indice, fără greș, ce e „bine” și ce e „rău”.

V.A.: – Da, cred că expresia pe care o putem folosi în cazul compatrioților noștri este daltonism moral, miopie morală. Urăsc totalitarismul, nu sufăr autoritarismul, nici măcar în familie, cu atât mai mult în societate. Nu am fost niciodată înregimentat, tolerat și agreat de putere, din care cauză, în 1966 am fost șters din lista candidaților în deputați pentru Sovietul Suprem al URSS, în 1969 mi s-a interzis să concurez pentru titlul de membru al Academiei din Moscova, până și „democrații” de la 1995, cu prilejul celor 50 de ani ai Universității de Medicină, nu au găsit de cuviință să spună un cuvânt despre activitatea mea. Ca să nu mai vorbesc de atacurile ce mi s-au făcut în presă, și în cea de limbă „natală” și în cea de limbă „interetnică”. N-am fost niciodată activist, m-au obligat să devin membru de partid pe timpul lui Hrușciiov, după ce le-am arătat că sora mea de la București, Olimpia – care s-a stins anul trecut, la București – a fost decorată cu „Medalia Muncii” o decorație foarte importantă în România socialistă. Am avut rude directe în România, ceea ce înainte de 1991 nu mă favoriza, dimpotrivă. Unii au luptat de o parte a frontului, alții de cealaltă. Sora și unul din frați (Boris) se aflau în România – acesta din urmă a făcut războiul în Armata Română (până la 23 august 1944 s-a aflat la antiaeriana de la Constanța, iar după „întoarcerea armelor” a luptat împotriva nemților, în Carpați, pentru eliberarea Ardealului.) Fratele Nicolae, mobilizat în armata sovietică, a ajuns până la Praga, iar sora Eleonora, care încă mai trăiește, a participat în bătălia de la Berlin. Să nu vă pară dur ce o să vă spun: eu am instinctul demnității autohtone și apreciez la etapa mea de viață trăită numai pe acei indivizi care prin fapte dovedesc că promovează umanismul: vorbească în orice grai, să strige orice lozinci, nu mă interesează doctrinele lor. Sunt oameni între oameni. Eu cred în valorile universale, nu în apartenența ideologică. Pentru asta sunt criticat și azi. Important este omul, comportamentul, faptele sale. Nu se naște nimeni rău de la natură, ci este format sau de-format prin educație. Am fi putut și noi, basarabenii, atunci când ne-am declarat suveranitatea, să gândim o strategie, să nu ațâțăm în mod inutil spiritele, ori s-au găsit, așa cum știți, destui „patrioți” tari de gură și inconsistenți din punct de vedere profesional, care au îngropat „cauza colectivă”. Ar fi trebuit să urmărim poveștile lui Andrei Saharov, care spunea: găsește ceea ce-i unește pe oameni, fă-i să-și conveargă interesele. El și este, de altfel, autorul teoriei convergenței. Saharov era de părere că trebuie să păstrezi ce e bun la tine și să împrumuți din Occident lucrurile ce pot fi aplicate, normele, instituțiile absolut necesare, indispensabile

unei societăți democratice. Ori ce s-a făcut la noi? Valorile noastre sunt disprețuite, în schimb, doar pentru a se „bifa” într-o condică de merit, au fost invitați să ne dea lecții unii reprezentanți din Vest, niște diletanți, cu care s-au cheltuit sume enorme. Demnitarii noștri s-au plimbat prin Occident și la întoarcere ne-au anunțat că trebuie făcut ca acolo. Dar ne putem măsura cu aceste mari puteri? Cred că le întrecem doar într-o privință: după numărul de funcționari, stupizi și ineficienți. În Moldova birocrăția proliferază monstruos, or despre birocrăție s-a spus încă din Evul Mediu că este veșnic venală, veșnic coruptă, veșnic incompetentă.

Vit.C.: – Ce calități apreciați mai mult la om?

V.A.: – în familia noastră ne-a fost cultivată doctrina creștină. Asta se vede și din numele străbunicului meu Anesti („înviat”) și al tatălui meu Hristofor („purtător de Hristos”) – îmi permit să vă dau și acest detaliu: pe mormântul lui Hristos la Ierusalim e scris în elină: „Hristos anesti” – Hristos a înviat. Învățătura creștină a fost pentru mine mereu o lumină. Și dacă am văzut un om suferind, l-am ajutat cum am putut. Prima calitate la care țin este umanitatea. A doua: am avut întotdeauna, instinctiv, o stimă față de cei care încearcă să-și cultive spiritul, să se autoperfecționeze. Încerc să mă împrietenesc cu acești oameni și am reușit adesea. Dacă m-ați întreba și ce detest mai mult, la defectele pomenite mai sus aș mai adăuga aplecarea multor conaționali de-ai noștri spre fetișism și idolatrie, e un lucru care mă consternează. În loc să se impună prestigiul intelectului, al profesionalismului, spiritul critic și autocritic, în Basarabia înfloresc festinurile și omagiurile deșănțate. Dacă n-aș fi cunoscut alternative de conduită, nu m-ar durea atât. Norocul (sau nenorocul) meu a fost să am toată viața dascăli foarte buni, începând de la școala primară, i-am avut și la liceu, și la facultate, am cunoscut etaloane de o modestie extraordinară, mai ales oameni de știință, oameni de mare cultură. Am trăit și în mediul rural, unde erau niște tradiții și datini foarte frumoase. Toate astea s-au irosit, moravurile au decăzut. Mă gândesc mereu la cele 7 povești ale înțelepților antici elini, înscrise pe frontispiciul templului lui Apollo la Delfi: 1 – „Cunoaște-ți sfârșitul vieții”; 2 – „Cunoaște-te pe tine însuși”; 3 – „Fă totul cu măsură”; 4 – „Nimic în plus”; 5 – „Fără mânie”; 6 – „Nu te încrede în nimeni”; 7 – „Cei răi sunt întotdeauna mai mulți”. Aceste precepte ar trebui gravate în mintea basarabenilor.

Vit.C.: – Domnule profesor, amintești de creștinism. Cum mai „arată” azi raportul dintre religie și știință? Au fost înainte adversari ireconciliabili. Ulterior, o seamă de teorii și lucrări științifice au încercat să apropie, să „compatibilizeze” cele două domenii. Ați putea rezuma în câteva propoziții punctul Dv. de vedere în această privință?

V.A.: – N-o să vă spun nimic nou. Cred că l-ați citit pe Joseph-Ernest Renan, care a apreciat activitatea lui Iisus Hristos de pe pozițiile științei istorice. Am cel mai mare respect pentru diferitele confesiuni religioase care au contribuit la cultura și civilizația umană: creștinismul cu toate derivațiile lui, religia mozaică, budismul, islamul. Dacă veți analiza fenomenele din univers și ce afirmă despre ele anumite doctrine religioase, veți afla numeroase puncte de tangență cu știința. Pentru că ce altceva este religia decât o suită de observații, la nivelul marii înțelepciuni, acumulate mii și mii de ani, observații confirmate mai apoi pe căi științifice? Patriarhul ecumenic Atenagoras al

Constantinopolului avea o reflecție memorabilă despre adevăr: „Nici un om nu poate spune cu certitudine, în ciocnirea și conflictul credințelor potrivnice, care este adevărul, sau că el este sigur că posedă adevărul, așa încât oricine ar trebui să simtă că este posibil ca un altul, tot atât de cinstit și de sincer cu sine, chiar dacă are o opinie contrară, ar putea fi în posesia adevărului”. Această libertate a gândirii i-a fost aspru criticată de dogmatici. Eu respect tradițiile, canoanele rezonabile, îi respect pe oamenii care cred, dar nu suport fanatismul religios, adică suspendarea rațiunii, devoțiunea oarbă. Acest fanatism provoacă azi cele mai mari tragedii în lume. Relațiile religiei cu știința e o temă inepuizabilă. Știința, cum spuneam, a confirmat prin mijloace specifice multe din observațiile empirice, conținute în „cărțile sacre”. Mă refer nu la informațiile rezultate în urma unor investigații stricte, sistematice, ci la observațiile de zi cu zi. Empirismul este vestibulul obligatoriu al științei. Această problemă se pune mai ales acum, când cercetarea a ajuns la un

nivel extrem de ridicat. Mileniul al treilea va aparține preponderent biologiei. Nu în zadar se spune „știință și medicină”. Fiindcă medicina e mai mult decât știință, este artă. Hippokrates considera că dacă medicul a discutat cu bolnavul și discuția nu i-a ușurat acestuia din urmă suferința, înseamnă că acela nu e un medic adevărat, pentru că nu a știut să atingă substratul spiritual al pacientului. Aceeași idee a formulat-o recent, la Chișinău, acad. E. Ciazov: „Înțelepciunea e superioară științei”. Astăzi, viitorul medicinei ține în mare măsură de arta de a neutraliza super-stresul. Stresul este strict necesar pentru existența ființei umane. Însă dacă depășește limitele firești, el devine nociv, și astfel, ne întoarcem la patobiologie – o știință care se întemeiază pe capitalul de înțelepciune al omenirii, investit de-a lungul veacurilor.

Vit.C.: – Domnule profesor, Vasile Anestiade, vă mulțumesc pentru acest interviu.

Chișinău, aprilie 2003

Apărut în revista „Contrafort”, nr.3-4 / 2003

PROFESORUL EUGEN MALOMAN LA 75 ANI

„Nasc și la Moldova oameni” – spunea bătrânul cronicar. Oameni, care prin dăruire de sine fac acest plai mioritic să dăinuie. Munca zi de zi, talentul și măiestria sunt doar câteva din emblemele, ce înalță generația de savanți – medici, care au ajuns să-și vadă roadele muncii. În ultimii ani se evidențiază o întreagă pleadă de ctitori ai medicinei, ce au făurit un tezaur în diverse domenii ale ei. Acum sunt la etapa marilor împliniri, un timp al tâmpelor cărunte și al omagierii. Este aproape imposibil să respectați eticheta unei dedicații oficiale, atunci când vârsta te-a trecut demult în calitatea personalității onorate.

Cele spuse până aici sunt o precuvântare la istoria unui om concret și a fructuoasei sale vieți. Eugen Maloman, profesor universitar, doctor habilitat în medicină, este un om de rară erudiție, chirurg cu „mâini de aur”, pedagog, care posedă o bogată experiență moștenită de la vestiții premergători, savant talentat cu renume. El și-a consacrat cu precădere viața, pregătind noi generații de medici, îngrijind bolnavi, desfășurând totodată și o bogată activitate științifică.

Atât opiniile prietenilor mai vechi, cât și a dascălilor lui, dar și a contemporanilor care l-au cunoscut, converg spre conturarea profilului unui specialist cu extraordinare calități de diagnostician, chirurg iscusit cu o vastă cultură generală al unui profesor distins și al unui om cu înaltă ținută morală. Dumnealui i se atribuie în general meritul de a fi continuatorul perioadei de trecere de la chirurgia generală la cea nespecializată, marcând mai apoi, prin meritele sale științifice, un avânt spre etapa chirurgiei moderne, înțelegând ca o epocă distinctă în istoria dezvoltării chirurgiei.

Evenimentele ce vor urma aduc în sine atât o călătorie în timp, cât și în spațiu, prin care vom percepe valoarea unui profesor de clinică chirurgicală, care nu poate fi judecat numai după scrierile sale, ci și după darul de a transmite cunoștințe și de a antrena gândirea clinică a elevilor, după aptitudinea de a face studii adevărate. S-o luăm de la început.

Și-a început activitatea ca medic de circumscripție la Puhăceni, peste trei ani i s-a încredințat postul de medic – șef al raionului Bulboacă. Perioada anilor 1960 – 1980 a reprezentat perioada de vârf în activitatea sa, apogeul fiind teza de doctor în știință, pe care a susținut-o la Moscova, orașul celor mai frumoase amintiri din anii studenției.

Viața a fost crâncenă cu acei tineri mutilați de război ce și-au făcut studiile în anii grei de foamete. Cu mulți ani mai târziu dr. Maloman își va aminti de acea perioadă a copilăriei, când erau plin de speranțe și planuri. Greutățile suportate nu le-au zdruncinat curajul și dorința de a se realiza, reușind să-și dezvăluie din plin calitățile de buni patrioți ai acestui popor. E o generație ce poartă pecetea demnității noastre, deoarece prin acest tezaur se măsoară nu numai bogăția națională, ci și orgoliul nostru național. „Un timp am fost deposedați de ei”, – mărturisește dr.



Maloman, dar speranța i-a dat forțe spre noi culmi profesionale.

Profesorul Eugen Maloman reprezintă o personalitate integră, o forță spirituală. Este un interlocutor interesant, cu un spectru larg de cunoștințe atât în domeniul științei, cât și în cel al istoriei și culturii. Baza acestor cunoștințe, conform spuselor dumnealui, a fost pusă la liceul „Regele Ferdinand I”, unde și-a făcut studiile. A urmat apoi Institutul de Medicină, care i-a oferit mai întâi profesori talentați, iar mai apoi posibilități de a se realiza: 48 de ani de activitate în domeniul chirurgiei, 33 de ani – șef al catedrei de chirurgie generală, din 1982 – chirurg principal al Ministerului Sănătății. Chirurgia pentru el este ca un rău botezător, e o satisfacție profesio-

nistă. Nu întâmplător, cele mai interesante amintiri congresele de chirurgie, și anume cele republicane, unionale, internaționale.

N. Anestiadi și P. Pijov, doi chirurghi eminenți, portretele cărora se află în biroul domnului Maloman, au reprezentat pentru dumnealui un exemplu demn de urmat.

După atâția ani în chirurgie, domeniu ce constituie o bună parte a vieții sale, nu obosește să se afle zi de zi la masa de operație. Disponând de o enormă capacitate de muncă, pe lângă responsabilitățile de la catedră își onorează cu entuziasm și funcțiile de membru al Consiliului Asociației Chirurșilor din Moldova, președinte al Comisiei de atestare a chirurșilor, președinte al Consiliului Științific Specializat pentru susținerea tezelor de doctor în științe, dar și de consultant principal la Asociația curativ – sanatorială Cancelariei de Stat.

Timp de zeci de ani a stat ca o stâncă în calea toamnelor vieții și s-a pronunțat cu înverșunare în domeniul medicinei practice, această rezistență aducându-i merite deosebite. Se știe că dânsul a elaborat și a implementat în practică metoda de lavaj antibacterian intraoperator și de enzimoantibioterapie a pacienților cu peritonită acută; metoda de rezecție gastrică distală cu anastomoză gastroduodenală; modificarea tehnică a Komei Nakajama; metodele „fiziologice” organoconservatoare de tratament operator al ulcerului peptic gastroduodenal. Tot el a realizat și o perfecționare a tehnicii medicale, introducând pentru prima dată în practica clinicii și a republicii, metoda de vagotomie selectivă proximală și metodele de tratament chirurgical al bolnavilor cu fistule intestinale externe.

Fiecare etapă a activității sale a fost încununată de succes. Îngerul păzitor i-a stat în preajmă, luminându-i calea. Fiind specialistul principal în domeniul chirurgiei al Ministerului Sănătății și colaborând mereu cu colegii săi din domeniu, a reușit pe parcursul a doar trei ani să îmbunătățească rezultatele asistenței chirurgicale programate și celei de urgență, sporind indicii statistici pe republică la un nivel mult mai înalt decât cel din trecut.

Prezintă o mare importanță și activitatea sa științifică. Știința fiindu-i a doua carte de căpătâi, l-a învățat statornică

drumului, căldura flăcării, taina cuvântului. În calitate de președinte al Consiliului științific specializat DH 14.93.33., a obținut o evoluție pozitivă a muncii acestuia, astfel în perioada dintre 1993 – 1998, fiind susținute 46 teze de doctor și de doctor habilitat.

Visul plenar al acestui om a fost să pătrundă în tainele chipului omenesc pentru a-l ajuta, pentru a-l demonstra, că sănătatea e diamantul vieții și merită să fie ocrotită. Urmărind acest scop, de a dezvolta în continuare știința legată de medicină, reușește să publice 88 de lucrări științifice și să le valorifice în practică. Sub îndrumarea directă a savantului, au fost susținute 2 teze de doctor habilitat și 8 teze de doctor în medicină. Pentru întreaga sa activitate în domeniul științei și practicii medicale, pentru calitățile sale deosebite profesorului Eugen Maloman i s-a conferit titlul de Om Emerit în Știință și Ordinul „Gloria Muncii”. Numele dumnealui este cunoscut și peste hotarele țării

noastre, reprezentând știința medicală de la noi în cadrul multiplilor simpozioane și reuniuni ale savanților din întreaga lume. Fiind o autoritate marcantă, i se conferă și titlul de membru onorific al Academiei de Științe din New York.

Generații la rând de studenți l-au avut drept îndrumător, ascultându-i prelegerile. I-au apreciat munca organizatorică în procesul de învățământ, precum și cea de cercetător științific, mulți tineri pedagogi și savanți. Mereu a rămas fidel jurământului lui Hipocrate, deșu în urmă cu 50 de ani.

Cum e generația frunzelor, așa e și generația oamenilor. Unii se nasc, dar nu apun, ei au toată speranța să învie în primăvară. Astfel și generația de savanți – medici constituie un fenomen despre care se vor compune legende. Unul din eroii acestor comori spirituale va fi neapărat și profesorul universitar Eugen Maloman, care a trăit într-o epocă de transformări și e convins că fără cultură nu există nici avuție, nici viața socială, nici libertate.

La mulți ani, domnule Doctor!

**MULTSTIMATULUI PATRIARH AL CHIRURGIEI MOLDAVE
DLUI PROFESOR EUGEN MALOMAN CU OCAZIA JUBILEULUI**

*V-ați născut la un început frumos de primăvară
Al unui veac sălbatic cu numele de foc
Și în această mică, săracă țărișoară
V-ați găsit a-l Dumneavoastră, cel mai de frunte loc.*

*Știm, drumul vieții v-a fost anevoios.
Cu gropi, obstacole și bruște cotituri,
Dar pas cu pas l-ați traversat pe jos,
Înfruntând cu iscusință crunte lovituri.*

*Cred că Domnul davă o dragoste să fie
Căreia i-ați fost un devotat fidel.
Dragostea ... de marea chirurgie
Căci ei o viață îi sluiți cu zel.*

*Sunteți un foc de sacrificiu, pe scara medicinei
La care se-ncălzesc bolnavii și se-nblânzesc păgânii.
Și cred de mic copil aveți fixat în minte...
Că sacrificiul zilnic ne mișcă înainte.*

*El v-a făcut vedetă-n lumea chirurgiei
Cizelându-vi arta în tril de ciocârlie.
Aveți formată școală cu descendenți deștepți
Și meritați azi fala expusă de poeți.*

*Noi vă știm savant a-l multor Academii
Și principal chirurg de câteva decenii.
Faptele majore-s cât frunză e pe pom
Și azi aveți un nume cu majusculă de OM.*

*V-a purtat o viață soarta prin ispită
Operând bolnavii cu peritonită...
Relevați prin cursuri opera măiastră
Să vă vedem alături e fericirea noastră.*

*Mulți Ani Vă zicem cei, ce zilnic vă-nconjoară!
Mulți Ani profesore! Cu dragoste de țară!
Mulți Ani tărie, putere și multă sănătate
Să purtați povara de PERSONALITATE.*

Au consemnat prietenii și colegii.

PROFESORUL GRIGORE FRIPTULEAC LA 60 ANI

Un domeniu deosebit al medicinei contemporane este medicina preventivă, ținta activității căreia este omul sănătos. Disciplina Igiena constituie un compartiment vast al acestui domeniu, în care activează profesorul Grigore Friptuleac – șeful catedrei Igienă, doctor habilitat în științe medicale.

Dl Gr. Friptuleac este născut în comuna Scumpia, județul Bălți, într-o familie de țărani. Meleagurile băstinei le ține în permanentele vise pe parcursul celor 60 ani, pe care îi împlinește la 6 iunie curent.

După absolvirea școlii medii din sat, în anul 1959, fiind în căutarea unei profesii de suflet, tânărul își începe studiile la Școala de Bază de Medicină din Chișinău, în care își găsește vocația și pe care o absolveste cu mențiune. După susținerea cu succes a examenelor de admitere, este înmatriculat la Institutul de Stat de Medicină, facultatea de Igienă și Sanitarie. La finisarea studiilor, în 1970, este angajat la catedra Igienă Generală, în cadrul căreia activează până și în prezent. Este discipolul conducătorului științific, fostului șef de catedră, profesor universitar, Om emerit, Iacov Reznice, școala științifică a căruia a urmat-o cu plăcere și dăruire de sine, realizând teza de doctor în științe medicale „Igiena și fiziologia muncii în legumicultură”, pe care a și susținut-o în anul 1979 la Institutul de Igiena Muncii și Boli Profesionale din orașul Kiev.

Pe parcursul activității sale, în cadrul catedrei Igienă Generală obține calificativul de lector superior și circa 10 ani îndeplinește funcția de șef de studii. Reușind să devină un bun pedagog și metodist de performanță, ulterior este transferat la catedra Igienă de Profil (anul 1988), direcția de bază a căreia este instruirea specialiștilor în medicina preventivă. Lucrând cu abnegație, dl Gr. Friptuleac obține titlul de conferențiar universitar, se implică în predarea disciplinei Igiena mediului, ulterior și Igiena muncii, fondează cursul de Ecologie umană, care inițial este predat la facultatea Medicină Preventivă, apoi și la facultatea Medicină Generală.

În perioada anilor 1995 – 1999 activează în funcție de decan al facultății Medicină Preventivă, conlucrând strâns cu colaboratorii serviciului practic și participă la elaborarea programului de pregătire postuniversitară prin rezidențiat.

Din 1999 este șeful catedrei Igienă, iar în 2001 susține teza de doctor habilitat în medicină cu tema: „Evaluarea igienică



a factorilor exogeni determinanți în geneza litiazei urinare și elaborarea măsurilor de prevenție a ei”.

Paralel cu activitatea didactică, muncește în plan științifico-practic, fiind (anii 1975 – 1978) medic-șef sanitar al Detașamentului Republican Studențesc din Moldova, (în 1980 – 1983) redactor științific al Redacției principale a Enciclopediei moldovenești, (în 1984 – 1987) redactor netitular la editura „Cartea Moldovenească”, iar din 1993 conduce cu laboratorul științific „Igiena mediului și habitatului uman” a Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă.

Este conducătorul științific a câtorva teme finanțate de stat și realizate cu

succes, are 4 doctoranzi și 2 competitori, care realizează teme științifice în domeniul medicinei preventive și curative.

Grijile și speranțele dlui Gr. Friptuleac sunt legate de profilaxia maladiilor, de promovarea modului sănătos de viață. Este convins că, nu numai medicii, dar și reprezentanții altor specialități, în special lucrătorii ministerelor și departamentelor (Ecologiei, Agriculturii, Muncii etc.) trebuie să susțină în permanență diversele acțiuni orientate la menținerea și fortificarea sănătății. „Dacă vom avea oameni sănătoși, vom avea de toate” – accentuează Dumnealui.

Este valoroasă și activitatea științifică a dlui Gr. Friptuleac. A publicat peste 200 lucrări științifice, inclusiv 4 monografii, 6 inovații, este autorul compendiului de lucrări practice „Igiena mediului”, a tradus manualul „Igiena comunală”. Pentru monografia „Igiena muncii în agricultură (editura „Medicina”, Moscova, la care este coautor) dl Gr. Friptuleac devine laureat al premiului „F.F.Erisman” al Academiei de Științe Medicale din Rusia. În scopul popularizării științei medicale are multiple publicații sub formă de broșuri, agende, articole în presa periodică, care urmăresc scopul profilaxiei diferitelor maladii. Este membru al Consiliului Facultății Medicină Generală a USMF „Nicolae Testemițanu”, membru al Comisiei de atestare a medicilor-igieniști a Ministerului Sănătății, vice-președintele Comisiei științifico-metodice de profil a Ministerului Sănătății al Republicii Moldova.

Apreciind optimismul și dăruirea sa pentru binele tuturor, la această frumoasă aniversare, Vă dorim, Domnule Grigore Friptuleac mulți ani sănătate, fericire, succese, activitate creativă și noi realizări în domeniul didactic și științific al igienei.

Colectivul Catedrei Igienă

PAGINA VESELĂ

Un pacient care era în așteptarea unei operații, era cam îngrijorat, se temea... Chirurghul văzându-l îi zice:

- Ce te temi? Nu fi îngrijorat, eu doar am făcut 158 asemenea operații...

Omul se liniștește...

Chirurghul:

- Trebuie odată și odată să se primească!

☺ ☺ ☺

- Și de ce bei vinul prin pai?
- Medicul mi-a zis să mă țin mai departe de pahar

☺ ☺ ☺

La intrarea într-un orașel e fixată o inscripție pentru șoferi: „Fiți mai atenți! Și medicul, și preotul și groparul sunt în concediu”.

☺ ☺ ☺

Soțul n-a venit acasă trei zile. La a patra zi apare. Soția infuriată îl întreabă:

- Pe unde ai umblat?
- Imaginează-ți, acest Ben Laden așa e o spurcăciune. Mi-a trimis o scrisoare, iar acolo praf alb!
- Ce era, antrax???
- Mai rău ... gonoreie...

☺ ☺ ☺

La cursul de venerologie, profesorul zice:

- Înainte de a vă comunica tema de azi, o să vă povestesc un caz din viața mea. Pe când eram student, îmi plăcea grozav o domnișoară drăguță. Fata îi plăcea și prietenului meu, Mihai. Sau căsătorit, iar eu am rămas cu nasul, iar Mihai – fără nas. Deci, tema de astăzi: „Sifilisul și consecințele lui”.

☺ ☺ ☺

La examenul de pediatrie, biletul conține întrebarea: „Care sunt cele cinci avantaje ale laptelui matern, față de cel al vacii?”

- Primul, - începe cu neîncredere studentul, - cel al mamei este tot timpul proaspăt, doi – e mai de folos, trei – e mai dulce, patru – mama tot timpul îl poartă cu ea și cinci – ambalajul.

☺ ☺ ☺

Profesorul:

- Dacă studenții din ultimele rânduri ar fi la fel de liniștiți ce și cei care citesc romane din băncile din mijloc, cei din primele rânduri ar dormi mai adânc!

☺ ☺ ☺

După ce a ascultat bătaia inimii pacientei, profesorul îi zice:

- Doamnă, inima dumneavoastră funcționează absolut normal. Ași fi dat mult să am o astfel de inimă.
- Domnule profesor, nu e nici o problemă. Pentru moment e liberă...

☺ ☺ ☺

O doamnă vine la medic. Medicul completează foaia de observație și o întreabă:

- Câți ani aveți?
- Treizeci și câteva luni.
- Și câte luni?
- Două sute cinsprezece.

☺ ☺ ☺

- Domnule doctor, cred că, eu vorbesc prin somn.

- Ce vă face să credeți asta?
- Păi în fiecare dimineață mă scol răgușit.

☺ ☺ ☺

- Domnișoară, de câte ori zâmbiți, îmi vine să vă spun: veniți, vă rog pe la mine!

- O, dar sunteți un adevărat Don Juan!
- Și câte luni?
- Da de unde?! Sunt stomatolog.

☺ ☺ ☺

Medicul:

- Noaptea ați avut febră?

Pacientul:

- Da.
- Dinții vă clănțneau?
- Nu știu, tocmai îi pusesem în paharul cu apă...

☺ ☺ ☺

O doamnă se adresează medicului:

- Domnule doctor, am mâncărimi între degetele de la picioare.

- Între care?
- Între cele mari.

Culese de Teodor POPOVICI

RECOMANDĂRI PENTRU AUTORI

* **Lucrările vor fi tipărite** pe formatul A4, Times New Roman 14 în Word 97 sau Word 2000 la 2 intervale și cu marginile 2.5 cm pe toate laturile. Articolele vor fi structurate după schema:

1. **Foaia de titlu** va conține prenumele și numele autorilor, titlul/gradul științific, instituția de unde vine lucrarea și prenumele, numele, adresa, numărul de telefon, adresa electronică a autorului cu care se va corespunda.

2. **Referate:** în limba originalului și în limba engleză, până la 150-200 cuvinte pe foi aparte, finisate cu cuvinte-cheie, de la 3 până la 6.

3. **Textul articolelor** clinice, experimentale până la 15 pagini și a publicațiilor scurte – va cuprinde: introducere, materiale și metode, rezultatele obținute, discuții și concluzii. Altă modalitate se va accepta dacă ea va corespunde conținutului materialului. Publicațiile referative și farmaceutice nu vor depăși 20 pagini și nu vor conține mai mult de 50 referințe.

4. **Bibliografia** - pe foaie aparte, la 2 intervale, în ordinea referinței în text, arătate cu superscript ce va corespunde cerințelor International Committee of Medical Journal Editors către publicațiile medico-biologice.

5. **Tabelele** – pe foi aparte, la 2 intervale, enumerate cu cifre romane. Legenda va fi dată la baza tabelului.

6. **Desenele** – pe verso foto se pune numărul de ordine, denumirea articolului, numele primului autor, marginea superioară va fi indicată cu săgeată. Foto color se vor publica din sursele autorului.

7. **Legendele desenelor** - pe foaie aparte, în dependență de numărul fotografiei.

* **Lucrările vor fi prezentate** în 3 exemplare cu toate elementele corespunzătoare.

* **Pe dischete** se va indica numele autorului, denumirea articolului, failul și versiunea.

* **Scrisoarea de însoțire.** Publicațiile vor fi însoțite de o scrisoare de la numele autorului, responsabil pentru corespondență. Scrisoarea va conține afirmația, că toți autorii sunt de acord cu conținutul și că materialele date nu s-au publicat anterior.

* **Prezentarea.** Manuscrisele vor fi depuse pe numele redactorului șef Boris Topor, dr.hab.șt.med., prof., catedra chirurgie operatorie și anatomie topografică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", pe adresa:

Bd. Ștefan cel Mare, 192,
MD-2004, Chișinău, Republica Moldova.
Telefon: (3732)220688, 222715,
Fax: 242344
E-mail: boristopor@yahoo.com

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ АВТОРОВ

* **Рукописи** печатают на бумаге формата А4, через 2 интервала, с полями в 2,5 см, шрифтом 14 Times New Roman, в Word 97 или Word 2000. Все статьи должны быть оформлены следующим образом:

1. **Титульный лист** включает имя и фамилию всех авторов, их степени и звания, название учреждения, из которого работа выходит, а также, имя, отчество и фамилию, адрес, номер телефона и электронный адрес автора, с которым будет вестись переписка.

2. **Рефераты** печатают на отдельных листах, на языке оригинала и на английском языке, 150-200 слов. В конце рефератов приводят ключевые слова, от 3 до 6.

3. **Текст статей** клинического и экспериментального плана (до 15 страниц) должен состоять из: введения, материала и методов, результатов, обсуждения и выводов. Иное разделение допустимо, если оно соответствует содержанию. Обзорные и фармакологические статьи не должны превышать 20 страниц и включать более 50 источников.

4. **Список литературы** приводят на отдельном листе, через 2 интервала, в порядке появления в тексте ссылок, указанных суперскриптом, и в соответствии с пунктуацией и общими требованиями, предъявляемыми к медицинским статьям Международным комитетом издателей медицинских журналов.

5. **Таблицы** печатают на отдельных листах, через 2 интервала, нумеруя римскими цифрами и с пояснениями снизу.

6. **Рисунки.** На оборотной стороне каждой фотографии указывают ее номер, название статьи, фамилию первого автора и верхний край - стрелкой. Цветные фото печатаются из средств авторов.

7. **Подписанные подписи** приводят на отдельном листе, в соответствии с номером фотографий.

* **Рукописи** подают в трёх экземплярах. Копии иллюстраций должны быть приложены ко всем экземплярам.

* **Представляют дискету** с указанием имени автора, названия статьи, всех файлов и их версий.

* **Сопроводительное письмо.** Рукопись сопровождают письмом от имени автора, ответственного за переписку. Письмо должно также содержать подтверждение, что все авторы согласны с содержанием и приведенные материалы ранее не публиковались.

* **Подача.** Рукописи подают на имя главного редактора, Бориса Михайловича Топор, д.м.н., проф., кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии Государственного медицинского и фармацевтического Университета им. Н.Тестемицану, по адресу:

Пр. Стефана Великого, 192, MD-2004,
Кишинёв, Республика Молдова.
Телефон: (3732) 220688, 222715.
Факс: (3732) 242344
E-mail: boristopor@yahoo.com

GUIDE FOR AUTHORS

* **Manuscripts should be typed** on one side only of A4, doubled-spaced throughout, with 2,5 margins, printing-type 14 Times New Roman, in Word 97 or 2000. All papers have to be executed in the following manner:

1. **The title page** includes the first and last names of all authors, highest academic degrees, the name of the department and institution from which the work originated, and the name and address of the author to whom reprint requests should be addressed. A telephone number and E-mail for the corresponding author must be listed.

2. **The abstract.** Manuscript contains a 150- to 200-word abstracts on separate pages in the original language and in English. The abstract ends with key words, 3 to 6.

3. **The text of articles** for clinical, experimental (till 15 pages) and brief reports should consist of: Introduction, Material and Methods, Results, Discussion, Conclusions. Others descriptive heading and subheading may be used if appropriate. Review articles and pharmacology articles must not exceed 20 pages or contain more than 50 references.

4. **References** are listed on separate pages in order of appearance in the text, and the appropriate numbers are inserted in the text in superscript at the proper places. References should be typed doubled-spaced and must follow the general arrangement and punctuation outlined in: International Committee of Medical Journal Editors requirements for manuscripts submitted to biomedical articles.

5. **Tables** type each doubled-spaced on separate sheets, numbering consecutively with Roman numerals. Explanatory matter belongs in footnotes, not in the title.

6. **Figures.** The back of each photograph should have a label showing the number, the title of the article, the name of the first Author and an arrow indicating the top edge. Color illustration will be reproduced at the Author's expense.

7. **The figures' corresponding legends** should be typed on a separate page.

* **Submit an original and two copies of all elements.** Photocopies of the figures must be attached to each copy of the manuscript.

* **Submit a floppy disk** labeled with the Author's name, article's title, text editor's name and its version.

* **Cover letter:** Manuscript must be accompanied by a cover letter from the author who is responsible for correspondence regarding the manuscript. The letter should contain a statement that the manuscript has been seen and approved by all authors and the material is previously unpublished.

* **Submission:** Manuscripts and books for possible review should be sent to Editor-in-Chief Boris Topor, M.D., Ph.D., Department of Operative Surgery and Topographical Anatomy, State Medical and Pharmaceutical University.

192 Bd. Ștefan cel Mare,
Chișinău, MD-2004, Republic of Moldova.
Telephone: (3732) 220688, 222715,
Fax: 242344
E-mail: boristopor@yahoo.com

*Autorii poartă toată răspunderea pentru conținutul articolelor publicate.
Авторы несут полную ответственность за содержание статей.*