

MARAMUREȘUL MEDICAL



numărul
80

**DIN CUPRINS: Pandemia de coronavirus și sistemul medico-sanitar /
Epoca coronavirus și bioetica – realități și perspective /
Evaluarea stării de sănătate prin biorezonanță și terapia prin biofeedback**

CUPRINS

„Maramureșul Medical” bilanț aniversar la 80 de numere (Dr. Felix Marian, Baia Mare).....	3
Revista „Maramureșul Medical” accesibilă românilor de pretutindeni (Ing. Lazăr-Aurel Pantea, Baia Mare).....	4
Pandemia de coronavirus și sistemul medico-sanitar (Dr. Valeriu Lupu, Vaslui).....	8
Hiperglicemia și prognosticul nefavorabil al Covid-19. De ce un control rapid al glicemiei ar trebui să fie obligatoriu? (Dr. Julieta Cristescu, București).....	13
Epoca coronavirus și bioetica – realități și perspective (Dr. Valeriu Lupu, Vaslui).....	14
Considerații despre NAC în epoca SARS-Cov2 (Dr. Adrian Sorin Markus, Sighetu Marmăției).....	19
Evaluarea stării de sănătate prin biorezonanță și terapia prin biofeedback (Drd. Farm. Oana Pop, Baia Mare).....	20
Balbismul. Caracteristici generale și prognostic (Dr. Dorin-Gheorghe Triff, Baia Mare).....	22
Investigarea reacțiilor de hipersensibilitate imediată perioperatorii (Dr. Gabriela Hirian, Baia Mare).....	23
Ațiunea carcinogenă a <i>Helicobacter pylori</i> (Stud. Denisa Jurje, Arad).....	26
Roșiile (Fan Qie) (Dr. Marius Dan Pop, Kinetoterapeut Andrada Pop, Baia Mare).....	27
De la prematuritate la... genialitate! (Dr. George M. Gheorghe, București).....	28
Calendar 2020 de istoria medicinei și farmaciei (II) (Farm. Pr. Maria Gabriela Suliman, Ist. Antoaneta Lucasciuc, București).....	30
O carte document, despre jalea și eroismul unui neam (Dr. Valeriu Lupu, Vaslui).....	39
Cercetări și contribuții în tulburările neuropsihologice din infarctul cerebral (Dr. Al. Florin Țene, Cluj).....	41
Răsfoind reviste medicale (Dr. Nadia Fărcaș, Cluj).....	43
Pe aripile timpului... (Dr. Claudia Lucia Ionescu, București).....	44
Versuri (Dr. Claudia Voiculescu, București).....	45
Compania farmaceutică AC HELCOR – Unitate de producție farmaceutică modernă din Maramureș. Scurt istoric, evoluție și status actual (Dr. Coriolan Pop, Baia Mare).....	46

Mulțumim firmei AC HELCOR pentru sponsorizarea acestui număr al revistei.

Consiliul editorial:

Prof. Dr. DANA BARAN (Iași)
Prof. Dr. DORIN BARDAC (Sibiu)
Prof. Dr. CRISTIAN BÂRSU (Cluj)
Prof. Dr. ILEANA BENGA (Cluj)
Prof. Asoc. Dr. CONSTANTIN BOGDAN (București)
Dr. VASILE BONAȚ (Baia Mare)
Dr. LIVIU DRAGOMIR, dr. în șt. med. (Baia Mare)
Prof. Dr. DAN DUMITRAȘCU (Cluj)
Dr. GH. GRĂDINARU, dr. în șt. med. (Baia Mare)
Prof. Dr. ȘTEFANIA KORY CALOMFIRESCU (Cluj)
Dr. IRIMIE LENGHEL, dr. în șt. med. (Sigh. Marm.)
Dr. GIULIANO PETRUT (Baia Mare)
Lect. Univ. Dr. ANCA POP (București)
Conf. Dr. CĂLIN POP (Baia Mare)
Dr. RAREȘ POP (Baia Mare)

„MARAMUREȘUL MEDICAL” – publicație trimestrială

editată de Colegiul Medicilor din Maramureș

ISSN: 1841-4508

COLECTIVUL DE REDACȚIE

Director fondator: Dr. CONSTANTIN PRIE

Redactor șef: Dr. FELIX MARIAN

Redactori: Dr. EMILIA ARMEANU, Dr. DAN FLORIN FILIP

Secretar de redacție: ELISABETA MOLNAR

Culegere: CORNELIA POP

Tehnoredactare computerizată, fotoredactare: ALEXANDRU BREZOVSKI

Redacția: Baia Mare, str. G. Coșbuc nr. 25A/4, Tel.: 0262-218018,

E-mail: office@colmedmm.ro, www.colmedmm.ro

Tipărit la CECONII SRL Baia Mare, Tel: 0722 366 945

MARAMUREȘUL MEDICAL

BILANȚ ANIVERSAR LA 80 DE NUMERE

Dr. Felix Marian, Baia Mare

ÎN MARTIE 1999 apărea la Baia Mare „*Buletinul informativ al Colegiului Medicilor din Maramureș*”, o publicație modestă, având doar opt pagini – director fondator dr. Constantin Prie.

După trei ani de apariție semestrială, începând cu anul 2002, odată cu schimbarea denumirii revistei în „*Maramureșul Medical*”, s-a produs o cotitură importantă atât din punct de vedere cantitativ, dar mai ales calitativ. Publicația devenită trimestrială, a ajuns treptat la 40-56 pagini în prezent. Un nou colectiv de redacție, deși restrâns, a reușit să imprime revistei o prezentare cât mai elevată și un conținut din ce în ce mai diversificat.

În cei 22 ani de apariție continuă a revistei, de-a lungul celor 80 de numere însumând peste 1550 de pagini au publicat aproape 600 de medici dar și chimiști, fizicieni, psihologi, juriști, ingineri, profesori, biologi, din județul Maramureș. În același timp, în paginile revistei au apărut articole ale unor cunoscute personalități din marile centre universitare medicale din țară și de peste hotare. În cei 22 ani au fost publicate peste 800 de articole din toate domeniile și specialitățile medicale.

Pe lângă apariția materialelor de strictă specialitate și-au găsit locul firesc și articole din alte domenii conexe. Astfel au fost publicate numeroase recenzii ale unor noi apariții editoriale. De asemenea, au fost publicate recenzii ale unor prestigioase reviste din țară sau străinătate. Au fost evocate periodic unele preocupări cultural-artistice ale unor medici sau alte cadre medico-sanitare din Maramureș și nu numai. Au fost prezentate de-a lungul anilor portrete ale unor personalități ale medicinei maramureșene și din țară.

În paginile revistei au fost relatate aspecte de la numeroase manifestări științifice din țară sau de peste hotare, evocate de către participanți. Timp de trei ani (martie 2004 – decembrie 2006) – de-a lungul a 12 numere –, precum și din martie 2018 până în prezent, revista a cuprins un „*Breviar Juridic*” cuprinzând lista selectivă a actelor normative publicate în Monitorul Oficial al României cu aplicabilitate în sistemul sanitar.

Publicația a intrat și în patrimoniul unor mari biblioteci din țară. Astfel: Biblioteca Națională, Biblioteca Academiei Române, Biblioteca de Istorie a Medicinii din București, apoi Biblioteca Centrală Universitară „Lucian Blaga” și Biblioteca Universității de Medicină „Iuliu Hațieganu” din Cluj, Biblioteca Județeană „Petre Dulfu”, Biblioteca Medicală din Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș”, Biblioteca Muzeului Județean de Istorie și Arheologie din Baia Mare, ca și la Filiala Arhivelor Naționale din Baia Mare.

Sunt concludente numeroase recenzii apărute în publicațiile: *Viața Medicală*, *Clujul Medical*, *Pagini medicale bârlădene*, *Revista Română de Medicina Muncii* ca și *Revista Română de Istoria Medicinii*.

Vom specifica faptul că în vederea apariției în bune condiții a revistei, un sprijin substanțial a fost acordat de către o serie de sponsori care au contribuit alături de sumele alocate de către Colegiul Medicilor Maramureș. Vom remarca câteva dintre ele: AC HELCOR – Baia Mare, HIPERICUM IMPEX – Baia Mare, WORWAG PHARMA – Cluj, SERVIER PHARMA – București, MEDCENTER – Baia Mare, etc.

Trebuie să relevăm sprijinul acordat de către conducerea Colegiului Medicilor din Maramureș și în special a celor patru președinți: dr. Constantin Prie, dr. Augustin Bâlc, dr. Mihai Șchiopu, dr. Giuliano Petruț care au asigurat apariția cu regularitate a acestei publicații în condiții ireproșabile.

Desigur că „*Maramureșul Medical*”, pe lângă rezultatele meritorii obținute, este perfectibil. În primul rând este necesară lărgirea colectivului de redacție, ca și promovarea medicilor în vederea publicării diferitelor materiale.

Nu în ultimă instanță ar fi utilă mărirea tirajului în funcție de numărul existent al medicilor, cât și o difuzare mai judicioasă a revistei pe teritoriul județului.

REVISTA „MARAMUREȘUL MEDICAL” ACCESIBILĂ ROMÂNILOR DE PRETUTINDENI

Ing. Lazăr-Aurel Pantea, Baia Mare

MMARAMUREȘUL MEDICAL, revistă editată din anul 1999 de către Colegiul Medicilor Maramureș, în cel de al XXII-lea an de apariție, în martie 2020, a ajuns la al 79-lea număr. Este meritul Consiliului editorial, compus din specialiști de înaltă clasă, al redactorului șef, Dr. Felix Marian, care prin varietatea și conținutul articolelor selectate, a noutăților pe plan național și unele de peste hotare, cât și prin succințele referiri la comunicările științifice de la congrese și conferințe în domeniul medicinei, – prezentate pe înțelesul cititorilor de diverse profesii –, s-a reușit ca REVISTA „MARAMUREȘUL MEDICAL”, să devină promotor de top medico-social-cultural al realizărilor românești. Dacă în perioada 2002-2005, revista s-a tipărit în 1.000 de exemplare, apoi 800 de exemplare, din anul 2016 apare într-un tiraj de 400 de exemplare, iar în prezent 250. Prin grija colectivului de redacție, s-a difuzat/se difuzează în principal în Maramureș (spitale, policlinici, cabinete medicale etc), apoi la centrele universitare cu profil medico-farmaceutic, precum și unor colaboratori din țară și din străinătate, dar ea este accesibilă publicului și prin exemplarele puse la dispoziția unor biblioteci, precum: Biblioteca Națională a României; Biblioteca Academiei Române; Biblioteca Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila” și Biblioteca de Istorie a Medicinii din București; Biblioteca Universității de Medicină „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca; Biblioteca Centrală Universitară „Lucian Blaga” din Sibiu; Biblioteca Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași; Biblioteca Universității „Transilvania” Brașov; Biblioteca Județeană „Petre Dulfu” din Baia Mare; Biblioteca Medicală a Spitalului Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare; Biblioteca Muzeului Județean Maramureș – Secția Istorie și Arheologie, Baia Mare; Biblioteca Centrului Universitar Nord – Baia Mare; Arhivele Naționale, Serviciul Județean Maramureș etc.

Cunoscut fiind, în anul 2019, peste 4 milioane de români erau plecați din țară, din care peste 15.000 de medici, și câteva mii de asistente medicale, unii provenind din Maramureș, Colegiul Medicilor Maramureș, la solicitarea Consiliului editorial și al Colectivului de redacție, a aprobat, și grație internetului, și a tehnoredactării computerizate, fotoredactare, efectuată de către specialistul în materie, Alexandru Brezovski, începând cu nr. 77 din Septembrie 2019, în format PDF, revista „Maramureșul Medical” poate fi accesată și citită de către românii de pretutindeni. Este o inițiativă demnă de apreciat, românii, mai ales cei aflați departe de țară, în timpul liber, pe internet, citesc publicațiile apărute pe plaiurile mioritice ale României.

Diversele tematici profesionale, găzduite în paginile revistei, au stimulat interesul pentru studiu, documentare, și de perfecționare profesională a celor tineri, pre-

cum și dorința unor medici și cercetători, de-a se face mai cunoscuți, cât și ale seniorilor de a împărtăși din experiența de o viață prin care au trecut. Spre exemplu, autorii unor articole din anul 2010, precum Felicia Borz, Delia Mercea Dan, Cristina Bura, acum le găsim Dr. Borz Felicia, medic primar de familie, Baia Mare; Dr. Mercea Delia, medic primar cardiolog și Dr. Bura Cristina, medic primar gastroenterolog, ambele doctor în științe medicale, Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare. Pe lângă articolele de interes profesional (specialitate), cât și din istoria medicinei și farmaciei, al vieții și activității unor somități în domeniul medicinei sau farmaciei, în coloanele revistei și-au găsit locul și recenzii de cărți și de reviste în domeniul științelor medicale, precum și articole din alte domenii de activitate (cultură, filozofie, științe juridice, legislația în domeniu, de mediu inconjurător, de încălzire globală, sănătatea și siguranța și securitatea în muncă a lucrătorilor din diverse ramuri industriale ale Maramureșului).

În perioada anilor 2010-2019 și trimestrul I 2020, respectiv în numerele 39 din martie 2010 – 79 din martie 2020, Maramureșul Medical a publicat articole sub semnăturile a 540 de autori, din care 16 din străinătate, după cum urmează:

An	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Trim. I.2020
Din țară	78	62	56	73	55	41	48	40	37	31	19
Din străinătate	4	2	3	-	2	1	3	-	1	-	-

Autorii articolelor sunt: medici cu diverse specializări, farmaciști, profesori (chimiști, fizicieni, biologi, geografi, psihologi, sociologi, istorici, filologi etc), ingineri, juriști, studenți la facultățile de medicină, de farmacie, care și-au adus / își aduc aportul la realizarea și prestigiul revistei. Cum este firesc, din țară, în paginile revistei au apărut articole sub semnătura a 524 de autori. Cele mai multe articole sunt ale autorilor din Maramureș (Baia Mare, Sighetu Marmăției, Vișeu de Sus, Seini, Borșa, Târgu Lăpuș, Arduș), apoi din București, Cluj-Napoca, Sibiu, Iași, Suceava, Vaslui, Zalău, Arad, Deva, Timișoara, Lugoj, Oradea, Satu Mare, Târgu Mureș, Constanța. Cei 16 semnatari de articole din străinătate, sunt rezidenți în Grecia, Germania, Canada, Ucraina, Franța, Ungaria.

Dacă veți lectura paginile „Indice de autori pe anii 2010-2019, trim. I 2020”, veți constata că foarte mulți au fost prezenți cu articole în o sumedenie de numere. Absolut în toate numerele au apărut, unul, două sau chiar trei articole, scrise individual sau în colaborare, ale redactorului șef. Dr. Felix Marian, medic primar Medicina Muncii, care a reușit să atragă colaboratori din centrele universitare ale țării, cât și din Maramureș, medici cu diverse specializări, cât și specialiști din alte ramuri ale vieții economico-sociale ale județului, pre-

cum: Dr. Dorin-Gheorghe Triff, medic primar Medicina Muncii, Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opriș” Baia Mare, a publicat în toate numerele revistei, în unele numere chiar câte două articole; Din anul 2010, am devenit și eu cititor consecvent și autor a 37 de articole, din care trei în colaborare, cât și beneficiar al unui exemplar din fiecare număr; 34 de articole, Prof. univ. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu – Doctor Honoris Causa; 33, Prof. Liviu Tătaru; 29, Prof. Dr. George M. Gheorghe; 28, Ist. Antoaneta Lucasciuc; 28, Dr. Marius Dan Pop, medic specialist acupunctură, Kinoterapeut Andrada Pop; 27, Farm. Pr. Maria Gabriela Suliman; 24, Dr. Paul Marica, medic primar chirurg; 22, Dr. Vasile Daraban, medic specialist ATI; 21, Dr. Gheorghe Grădinaru, medic primar obstetrică-ginecologie, doctor în științe medicale; 19, Dr. Nicolae Rednic, medic primar; 16, Dr. Iosif Anderco, medic primar; 14, Dr. Valer Dragoș, medic primar; 13, Dr. Mihaela Leșe, medic primar chirurg, doctor în științe medicale, atestat de îngrijiri paleative.

Fiind vorba de o perioadă de peste 10 ani, consider că este util să reamintim/amintim, mai ales pentru cei care nu au avut acces/nu au citit toate numerele, să prezentăm sintetic câteva dintre principalele teme abordate și cine sunt autorii. Concret, am extras Cuprinsul a trei numere ale revistei din anii 2010, 2016 și 2019. Din lecturarea Cuprinsului, veți putea trage concluzii. Pentru medicii mai tineri, ar putea constitui un îndemn/exemplu, de-a scrie și publica materiale de specialitate, în această revistă de prestigiu din acest minunat colț de țară. Iată, ce teme au scris și publicat autorii, la timpul respectiv.

Maramureșul Medical, Nr. 42, Decembrie 2010, 52 pagini, 23 de teme:

În memoriam Profesorul universitar onorific Dr. George Petrescu, Prof. univ. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu, Departamentul de neurologie a U.M.F. „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca;

Aplicații clinice ale manometriei anorectale (Indicații; Procedeele investigației; Modificări patologice; Material și metodă; Rezultate), Dr. Gabriela Capriș, Prof. Dr. Dan L. Dumitrașcu, Clinica medicală 2, U.M.F. „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca;

Efecte otice și extraotice ale zgomotului, Prof. univ. Dr. Dorin Iosif Bardac, șef lucr. Dr. Mihaela Stoia Universitatea „Lucian Blaga” Sibiu, Facultatea de Medicină „Victor Papilian”;

Colposcopia în endometrioza colului uterin (Studiu Clinic), Dr. Gheorghe Grădinaru, medic primar obstetrică-ginecologie, doctor în științe medicale, Baia Mare;

Două tehnici de intervenție în formarea gândirii „sănătoase”, Lector. Dr. Monica Maier, Universitatea de Nord Baia Mare;

Abcesul rece, Dr. Vasile Dărăban – medic specialist ATI Spitalul județean de urgență Zalău;

Viroze ale colului uterin (aspecte colposcopice), Dr. Gheorghe Grădinaru, medic primar obstetrică-ginecologie, doctor în științe medicale, Baia Mare;

Necroza aseptică de cap femural, tratată prin acupunctură, Dr. Marius Dan Pop, Baia Mare;

Considerații asupra invalidității prin cancere ale tubului digestiv în județul Maramureș (1. Generalități 2. Privire asupra invalidității prin boala canceroasă în județul Maramureș 3. Aspecte anatomopatologice în funcție de localizări 4. Aspecte privind depistarea endoscopică a tumorilor maligne ale tubului digestiv 5. Analiza incidenței cazurilor noi de pensionari de invaliditate prin tumori maligne ale tubului digestiv în județul Maramureș 6. Analiza prevalenței invalidității prin tumori maligne ale tubului digestiv în județul Maramureș 7. Concluzii 8. Bibliografie) – Lucrare prezentată la al III-lea Congres național de expertiză medicală și recuperarea capacității de muncă (Ploiești 14-16 octombrie 2010), Dr. Bogdan T. Apan, medic primar Expertiza Medicală, șef serviciu E.M.R.C.M. Maramureș, Dr. Cristina Bura, medic specialist gastroenterolog, Spitalul județean Baia Mare, Bogdan Horia Apan, student anul IV, UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca;

Tratamentul cu substanțe anti-VRGF în degenerescența maculară legată de vârstă (D.M.L.V.), Dr. Doina Chirilă, medic primar oftalmolog, Baia Mare;

Evoluții ale morbidității profesionale din județul Maramureș în ultimul deceniu (Introducere; Material și metodă; Discuții; Bibliografie), Dr. Dorin Triff, Dr. Felix Marian, Spitalul județean de urgență „Dr. Constantin Opriș” Baia Mare, Direcția de Sănătate Publică a Județului Maramureș;

Șocul anafilactic medicamentos – simptomatologie și tratament, Dr. Valer Dragoș, Medic primar, Baia Mare;

Vaccinurile, un miracol al științei medicale, Dr. Gheorghe Pop, Baia Mare;

Fibromialgia (2010), Drd. Gabriela Ieremia, Raluca Alexandra Ieremia, Spitalul județean de urgență „Dr. Constantin Opriș” Baia Mare, student UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca;

Studiu privind prevenția evenimentului coronarian acut în ambulator corelată cu evoluția ulterioară a subiecților (1. Material 2. Metodă 3. Rezultate. Analiză și interpretare), Dr. Ioana Rednic, Sighetu Marmăției;

Unitățile miniere și instituțiile de sănătate publică din Maramureș au avut o bună conlucrare (1. Necesitatea conlucrării 2. Structuri medicale în cadrul unităților miniere și metalurgice. 3. Sprijin și ajutor reciproc), Ing. Aurel Pantea, ex Consilier – Expert C.N. REMIN – SA Baia Mare;

Manifestări științifice: Al 45-lea Congres UMEM Ploek, Polonia, 22-26 septembrie 2010, Prof. Dr. Constantin Bogdan, București; Al XV-lea Congres național de medicina muncii, Dr. Felix Marian, Baia Mare; Oameni rari și bolile rare: A doua Conferință est-europeană privind sindromul Prader Willi, Dr. Dorin Triff, Baia Mare;

Vitrina Cărții medicale: Dicționarul Chirurgilor Români (autori V. Sârbu, F. Popa), Disfuncția endotelială stresul oxidativ ateroscleroza (autor Dr. Ligia Puiu) – Dr. Felix Marian, Baia Mare;

Răsfoind Reviste medicale, Acta Neurologica Transilvaniae Nr. 1-2/2010, sub semnătura Conf. Dr. D. C. Jianu, UMF Timișoara; Pagini Medicale Bârlădene Nr. 152-153/2010 și Revista Română de Bioetică Nr. 3/2010, Dr. Felix Marian, Baia Mare;

Consecințe (poezie), Dr. Nicolae Rednic, Baia Mare;

Indice de autori – 2010. Din rândul acestor autori, un număr de cinci, se regăsesc cu articole publicate și în numerle 63 din martie 2016 și 75/ martie 2019.

Maramureșul Medical, Nr. 63, Martie 2016

În acest număr, pe cele 52 de pagini, sub semnătura a 25 de autori sunt publicate 21 de articole cu următoarele teme:

Maramureșul Medical – La vârsta majoratului, Dr. Felix Marian, Baia Mare.

Facultatea de bioinginerie medicală a Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași, după primii 20 de ani: pionerat, performanță, perspective (Premisele înființării învățământului de bioinginerie medicală; Context internațional, Context național, Context local; Înființarea Facultății de Bioinginerie Medicală la Iași. Scop, structură și performanțe; Facultatea de Bioinginerie Medicală, astăzi; Bibliografia, 15 titluri de lucrări). – Prof. Dr. Dana Baran, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași. „Mecanizarea lumii și motorizarea uneltelor transformă viața într-o ocupație inginerescă. A nu întrebuița mijloacele stabilite de știință înseamnă a hotărî să ne lăsăm dezarmați în lupta pentru existență și a admite să fim eliminați printr-o brutală selecțiune naturală” (Gr. T. Popa, 1936).

Calitatea apei potabile (Apa resursă naturală prețioasă; Apele cristaline ale Maramureșului; Care sunt condițiile de calitate a apei potabile?; Cerințe de protecție a sănătății populației privind substanțele radioactive din apa potabilă), Prof. Biolog-geograf Maria Pantea, Ing. Aurel Pantea, Baia Mare;

Ștressul oxidativ și efectele sale în patologia nou-născutului, Dr. Ecaterina Pop, medic specialist pediater, Baia Mare;

Detoxifierea organismului (Ce este detoxifierea, Ce produse naturale ne ajută la detoxifiere?; Detoxifierea ficatului; Detoxifierea sângelui și limfei), Prof. Biolog Maria Pop, Laboratoarele Hypericum Baia-Sprie, Farm. Drd. Oana Pop, Baia Mare;

Acțiunea factorilor termici în acupunctura Moxibutia (Aplicarea moxelor), Dr. Marius Dan Pop, Kinoterapeut Andrada Pop;

Alergenele în medicina veterinară (Alergenele relevante pentru câine; Alergenele relevante pentru pisică; Alergenele relevante la cai), Dr. Gabriela Hirian, Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare;

Perspective de asistență medicală a bolnavilor cu hemofilie în Baia Mare (Necesar de fonduri pentru instituirea tratamentului la domiciliu; Învățămintele din tabăra de hemofilici; Rolul medicilor de familie; Mesaje cheie pentru bolnavii hemofilici), Dr. Cristina Truică, Medic

Șef Secția Hematologie, Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare;

Acidul Gama-Aminobutiric (GABA) – Neuromediator inhibitor cu potențial terapeutic multivalent (Introducere; Structură, biochimie și farmacocinetică; Mecanism de acțiune; Deficiența GABA în organism; Aplicații clinice; GABA în stres și anxietate; Alte potențiale utilizări ale GABA. Boli inflamatorii intestinale; Bibliografie – 25 de lucrări), Lect. Univ. Dr. Anca Pop, UMF Carol Davila, Facultatea de Farmacie București, Dr. Coriolan Pop*, Compania farmaceutică AC HELCOR Baia Mare. *Dr. Coriolan Pop, medic primar chirurg, este doctor în științe medicale din anul 1987 când a susținut Teza de Doctorat cu tema „Cercetări privind etiopatologia și morfopatologia colecistopatiilor nelitiazice”;

Fibromialgia – Un nou diagnostic “La modă”?, Dr. Sorin Markus, Medic Specialist Medicină Internă, Doctor în științe medicale, Competență în Echografie, Sighetu Marmației;

Evoluții în morbiditatea profesională în județul Maramureș, Dr. Dorin Triff, Dr. Felix Marian, Spitalul județean de urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare, Direcția de Sănătate Publică a Județului Maramureș;

Tuburările respiratorii din timpul somnului – provocare medicală multidisciplinară (II) , Dr. Ligia Puiu, Medic primar pneumolog – competență somnologie, Baia Mare;

„MARKERI” clinici cutanați ai malignității, Dr. Maria Pocol, Medic primar Dermatovenerologie, Baia Mare;

Interviu cu scriitorul Dan Tărchilă, Dr. George M. Gheorghe, București;

Diacronii în istoria comparată a religiilor, Prof. Liviu Tătaru, Baia Mare;

Homo Sapiens (versuri), Dr. Ieremia Lenghel, Sighetu Marmației;

Mihail Manicatide – Mentorul și fondatorul pediatriei românești, Dr. Valeriu Lupu, Vaslui;

Doamna Profesor Universitar Doctor Ștefania Kory Calomfirescu – Doctor Honoris Causa, Nadia Fărcaș, Cluj-Napoca;

Calendar 2016 de istoria medicinei și farmaciei (I), Farm. Pr. Maria Gabriela Suliman, Ist. Antoaneta Lucașciuc, București;

Manifestări științifice, MARAMEDICA – Ediția a XIII-a, Dr. Felix Marian Baia Mare;

Răsfoind reviste medicale: Acta Neurologica Transilvaniae, nr. 3-4/2015, Prof. Univ. Adela Maria Moș, Oradea; Fântâna din Kos nr. 8/2016; Pagini Medicale Bârlădene nr. 211-212-213/2015, Dr. Felix Marian, Baia Mare.

Maramureșul Medical, Nr. 75, Martie 2019, 52 pagini, 17 articole cu o tematică aparte:

Dr. Ioan Mara, Deva, Moartea subită a sportivilor;

Dr. Ioan Pop, Baia Mare, Puterea minții subconștiente;

Drd. Oana Pop, Centru de sănătate Sana Nobilis, Baia Mare, Remedii naturale pentru tratarea infecțiilor urinare (Sistemul urinar; Tipuri de infecții urinare; Simptomele infecțiilor urinare; Recomandări naturale în afecțiunea tractului urinar);

Prof. Dr. Asoc. Constantin Bogdan, București, Cum îmbătrânim?;

Dr. Dorin-Gheorghe Triff, Baia Mare, Evaluări și intervenții din perspectiva domeniului dinamicii grupurilor la asistenții medicali (1. Diminuarea lenei sociale la personalul auxiliar sau asistenții medicali ai unei secții dintr-un spital 2. Reflecția și comunicarea în echipă pentru a preveni apariția sindromului de burnout la asistenții medicali de pe secțiile de îngrijiri paliative, Surse bibliografice – 9 lucrări);

Prof. Biolog-geograf Maria Pantea, Ing. Lazăr-Aurel Pantea, Baia Mare, Încălzirea globală afectează sănătatea oamenilor, modul de viață al animalelor și vegetația;

Dr. Marius-Dan Pop, Kinoterapeut Andrada Pop, Baia Mare, Anul nou chinezesc. Mistrețul de pământ (Motto-ul anului 2019 „Trăiește-ți viața din plin!”);

Prof. Liviu Tătaru, Baia Mare, Centenar Universitatea Românească din Cluj;

Dr. Valeriu Lupu, Vaslui, Catedrala Națională: Templu al recunoștinței și spiritualității Românești; „Minune prea de tot mare n-ar fi dacă ar trebui să treacă fie măcar și o sută de ani pentru ca să se poată începe zidirea unei catedrale la București, dacă mai e să se facă un asemenea început” (Ioan Slavici)

Istoric Antoaneta Lucașciuc, București, Ctitori, Mentori, Binefăcători;

Farm. Pr. Maria Gabriela Suliman, București (S.R.I.F, I.S.H.P.), Ist. Antoaneta Lucașciuc, București (S.R.I.M., I.S.H.M.), Calendar 2019 de Istoria Medicinii și Farmaciei (I);

Dr. Felix Marian, Baia Mare, Medici și farmaciști din Maramureș participanți la Primul Război Mondial;

Prof. Dr. Dana Baran, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași, Idealul unirii în viața societății de medici și naturaliști din Iași;

Dr. Felix Marian, Baia Mare, 115 ani de la nașterea Acad. Prof. Dr. Florian C. Ulmeanu – fiu al Maramureșului – precursor al medicinei sportive românești;

Dr. George M. Gheorghe, București, Constantin Bogdan Fructele Gândirii – cugetări și aforisme;

Prof. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu, Cluj-Napoca, Despre Monografia „De la examenul clinic obiectiv la telemedicină”;

Avocat Ionuț-Rareș Pîrvu, Baroul Maramureș, Breviar Juridic, Lista selectivă a noilor acte normative publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I-a, cu aplicabilitate în sistemul sanitar în perioada 01.11.2018-01.02.2019.

Articolele ale autorilor rezidenți în străinătate, publicate în paginile revistei, în ultimii zece ani

Dr. Mariana Motogna Kalokairinou, medic radiolog, Atena, Grecia, publică 4 articole în numerele 39, 40/2010, 65/2016: Stenoza arterei renale – Cauza majoră a hipertensiunii renovasculare. Investigarea prin ecografie Color Doppler și în nr. 74/2018: Ecografia abdominală – Cui i se adresează și ce informații oferă.

Dr. Mirel Giurgiu, Kehl, Germania, în anul 2015, publică 3 articole: Personalitatea profesorului Crișan Mircioiu; Profesorul Ioan Goia; Mari personalități ale Clujului medical – Profesorul Victor Papilian (1888-1956).

Dr. Emil Cardan, Southampton, U.K, in 2012, „Febra” Implantului cosmetic de cristal.

Dr. Dumitru Pădeanu, fost medic la Leordina, publică sub pseudonimul literar Corneliu Florea, Winnipeg, Canada, 3 articole în anul 2011: Jurnalul unui medic; Peregrinări – La stâncă discordiei; Natura și fascinațiile ei genetice.

Dr. Ioan Veliciu, urolog, CH Bernay, Franța, în 2011 scrie: Explorări urodinamice.

Prof. Univ. Dr. Malofyi Liubomyr Stepanovyci, medic emerit, Directorul Centrului Regional de Pneumoftiziologie Ivano-Frankivsk, Ucraina, în anul 2014: Sistemul de management medico-social al B.P.C.O.

Prof. Univ. Dr. Mychailiuk Ivan Olexievyci, șeful catedrei de Anatomie patologică, Universitatea Națională de Medicină Ivano-Frankivsk, Ucraina, în anul 2014: Modificări anatomopatologice pulmonare în sindromul de detresă respiratorie cauzat de infecția cu virus H1N1.

Asist. Univ. Dr. I. R. Roma, Universitatea Națională de Medicină din Ivano-Frankivsk, Catedra de Psihiatrie, narcotice și psihologia medicală, Ucraina, în nr. 66/2016: Schizofrenia paranoidă, simptomele psihopatologice, gravitatea afecțiunii, neurolepticele atipice.

În numărul 65/2016, Dr. Gheorghe Grădinaru, medic primar obstetrică-ginecologie, doctor în științe medicale, Baia Mare, împreună cu Dr. Flaviu Berko, medic specialist obstetrică-ginecologie, Ungaria, au publicat 2 articole: Analiza și gestiunea imaginilor colposcopice, citologie și histopatologie într-un sistem computerizat; Conduita ginecologului în stările fiziologice și leziunile benigne ale colului uterin. Au fost publicate și două articole ale două studenți: Oana-Raluca Mărieș din Canada și Mariana Șchiopu din Germania, în colaborare cu autori din România, studenți la timpul respectiv, azi profesorează în țările de rezidență.

Prin articolele în domeniul științelor medicale și farmaceutice, cât și multe aspecte din Istoria medicinei și farmaciei românești, și a celor cu o tematică înrudită, din alte domenii, autorii, împreună cu Consiliul editorial și colectivul redacțional au reușit ca „MARAMUREȘUL MEDICAL” Revistă de prestigiu, ajunsă în iunie 2020 la cel de al 80-lea număr, să fie tot mai cunoscută și citită în țară și peste hotare.

PANDEMIA DE CORONAVIRUS ȘI SISTEMUL MEDICO-SANITAR

Dr. Valeriu Lupu, Vaslui

„Dealtfel cu ignoranța sa de care cu greu își dă seama și cu modul său prea defectuos de a raționa, omul n-ar fi putut interveni în acte de o gingășie și de o finalitate atât de minunate, fără să producă dezordinile cele mai grave”

Nicolae C. Paulescu

Actuala pandemie de coronavirus (SARS CoV 2, sau COVID 19) aflată în multe zone ale lumii deja pe panta descendentă, a pus la grea încercare sistemele de sănătate publică din majoritatea țărilor lumii, chiar și pe cele considerate mai performante, cum ar fi cel spaniol, italian, britanic, german și chiar american. Abstracție făcând de odiseea apariției acestui virus în spectrul patologiei infecțioase (mutație naturală sau produs de laborator) în plină dezbatere astăzi, trebuie reținută patogenitatea câștigată pentru om și mai ales, gradul extrem de înalt de contagiozitate și virulență, ceea ce a făcut ca în mai puțin de două luni să cuprindă practic întreg mapamondul.

Sistemul medical și epidemia de coronavirus

Până când OMS-ul declară răspândirea pandemică a virusului, până când statele încep să aplice măsurile cunoscute și adaptate situației, viroza deja lovea predilect și năpraznic în două categorii de populație; populația vârstnică și populația purtătoare de boli cronice (diabet zaharat, obezitate, patologie neoplazică, bronhopneumopatii cronice, boli cardiovasculare, renale etc). Cine are curiozitatea să cerceteze mortalitatea generată de COVID 19 va avea surpriza să constate că nici măcar vârsta nu a fost ținta predilectă, ci mai degrabă comorbiditățile pe care vârsta le adună. Mai mult, după ezitățile pricinuite de informările tardive privind izbucnirea epidemiei, sistemul medico-sanitar avea să constate existența unor curenți grave în resurse medicale, resurse umane și materiale necesare pentru a face față situației, ceea ce la început pentru sistemul medical însemna a intra în luptă fără arme și muniții.

Se poate spune, fără exagerare, că până sistemul medical și-a pus la punct o strategie de abordare preventivă, sub aspect epidemiologic și curativă, sub aspect terapeutic, de la medicamente și până la aparatură de ventilație asistată, molima făcea victime, deopotrivă, în populația țintă și personalul medical, concomitent cu răspândirea rapidă prin contaminarea masivă a populației. Așa încât, dacă astăzi suntem pe punctul de a intra pe panta descendentă a evoluției naturale a bolii, aceasta se datorește creșterii gradului de imunitate a populației care a atins o anumită cotă și nu măsurilor haotice și în pripă luate de autorități, măsuri cu care se vor găsi destui să se împăuneze după ce pericolul va fi trecut.

Este interesant de constatat că deși avem un sistem de urgență prespitalicească și urgență spitalicească, pe care doctorul Raed Arafat l-a moșit preț de aproape două decenii, printre atâtea situații catastrofice și chiar cataclismice cu care ne-a obișnuit, nu a prevăzut și o catastrofă biologică. Am fi avut probabil un set de norme, protocoale și proceduri în plus, de la care dacă te abați poți fi încadrat la "zădărnicierea măsurilor de prevenire a îmbolnăvirii", noțiune interpretabilă care face trimitere către domeniul eticii medicale și chiar al bioeticii, pentru că aduce atingere la drepturile și libertățile fundamentale ale omului. Poate singura consolă pentru cei chemați sau numiți să gestioneze situația este că dezastrul s-a regăsit și la case mai mari, care au tratat amenințarea cu un soi de aroganță și încredere, repede transformată într-un jalnic mieunat de pisică rănită, deși până atunci erau cu coada pe sus.

Realități românești

Din păcate, aceeași atitudine o vom regăsi și în România care, deși alarma generală a fost dată încă din ianuarie 2020 prin evenimentele din Wuhan, prin alerta OMS-ului și dezastrul care începuse în Italia și Spania, clasa diriguitoare era extrem de preocupată cu probleme de ordin politic (alegeri anticipate, dispute politice, răfuiești și acțiuni denigratorii la toate nivelele) care, privite retrospectiv astăzi, par de un ridicol absolut. Alerta pentru autoritățile române apare pe 26 februarie odată cu confirmarea primului caz de infecție COVID 19, ca apoi pe 22 martie să fie anunțate primele decese atribuite aceluiași virus. Sau constituit în pripă Comitetul Național pentru situații speciale de urgență, Consiliul Științific, Grupul Strategic de Comunicare, toate formate din elita infecționistă și epidemiologică a țării, adusă brusc în prim plan, dar cu mijloace de acțiune extrem de limitate.

S-au transmis recomandări pentru populație, s-au luat măsuri la nivel comunitar, s-a încercat mobilizarea rețelei de asistență primară (medicina de familie), mobilizarea rețelei de urgență prespitalicească și spitalicească, evacuarea spitalelor și transformarea lor peste noapte în spitale COVID și non COVID sau cu circuite COVID și nonCOVID, ceea ce avea să bulverseze întreg sistemul medical al țării. Cât de eficiente au fost aceste măsuri? S-a văzut imediat, prin izbucnirea a numeroase focare în comunități, unități sanitare, azile pentru îngrijirea persoanelor vârstnice, creind o stare de panică copios exploatată de media și îndeosebi de canalele comerciale de știri. Sigur, privite evenimentele retrospectiv, oricine poate fi suspectat de subiectivism critic în analiza lor, dar totuși nu se poate trece cu vederea unele abordări nefericite, lentoarea în luarea deciziilor și mai ales cât de nepregătit era sistemul pentru a face față unei asemenea situații.

Prima mare greșală a fost izolarea voluntară la domiciliu ca metodă de carantinare pentru valul uriaș

de români (preponderent emigranți economici și nu diaspora) care se întorceau acasă, practic gonți de realitățile țărilor în care lucrau (Italia, Spania, Franța, Marea Britanie, Germania, Austria etc) și care au contribuit decisiv la răspândirea de facto a virusului în toată țara. Aici carantinarea clasică cunoscută încă din secolul al XIV-lea, de pe vremea ciumei (moartea neagră), trebuia aplicată prin instituirea unui cordon de protecție sanitară la granița de vest a țării și reținerea într-un sistem carantinal instituționalizat de-a lungul întregii frontiere de vest, ușor de realizat prin rețeaua hotelieră a zonei sub jurisdicția armatei și autorităților locale pentru că urmarea era previzibilă.

Orientarea către această soluție devenise și mai clară când cifrele comunicate de ministrul sănătății din data de 19 martie anunțau că din cele 277 de cazuri confirmate până atunci, marea lor majoritate erau de import (Italia) sau contacti direcți ai acestora. Situația se va complica și mai mult odată cu pătrunderea în țară a peste un milion de persoane netestate pentru coronavirus într-un interval record, mai ales că în țările de unde veneau evoluția pandemiei era deja explozivă. În aceste condiții este evident că pentru situația momentului, dat fiind contextul pandemic în ascensiune carantinarea instituționalizată trebuia să prevaleze, iar pătrunderea în țară să fie permisă doar după cele 14 zile stabilite pentru carantină, perioadă în care eventuala contaminare s-ar fi putut manifesta clinic ca boală.

Medicina primară și supravegherea epidemiologică

Acest sistem de izolare voluntară la domiciliu a pus la grea încercare sistemul de supraveghere care trebuia să fie rețeaua medicinei primare, reprezentată la noi de medicii de familie și, desigur, structurile de resort din cadrul direcțiilor de sănătate publică teritoriale. Ori, după cum se știe, medicul de familie nu gestionează medical o zonă geografică determinată și nici populația aferentă acesteia, ci o listă de pacienți în care izolatul sau familia lui poate să figureze sau nu, ca să nu mai vorbim de supravegherea epidemiologică sau stării de igienă a comunității care, prin fișa postului, îi este complet străină pentru că nu-i intră în atribuțiile contractuale.

Reamintim faptul că, altădată, structura medico-sanitară sub forma circumscripțiilor medico-sanitare, nu numai că era implicată direct și cu responsabilități precise în gestionarea stării epidemiologice și de igienă a teritoriului arondat, dar avea și cadru specializat în domeniu, în persoana asistentului de igienă și oficianțului sanitar, care gestionau focarele epidemice sau cu potențial epidemic, obiectivele sanitare (unități de alimentație publică, surse de apă, colectivități școlare etc), starea de igienă a comunității, imunizarea populației, registrul de vaccinare și orice situație cu impact epidemiologic într-o comunitate. Este ușor de imaginat în situația pe care o trăim astăzi cât de ușor și profesionist ar fi fost de supravegheat izolarea la domiciliu, fără echipe de la centru de județ sau poliție.

S-a constatat repede că această modalitate de supraveghere prin cabinetul medicului de familie este limitată ca eficiență, pentru că nevoile contextului

epidemiologic exced prevederilor contractuale sau posibilităților cabinetelor medicilor de familie. S-a recurs atunci la implicarea mai largă a Direcțiilor de Sănătate Publică și Inspecției Sanitare de Stat, sau Direcției de Medicină Preventivă, altă dată instituții cu o puternică implicare în ceea ce îndeobște numim sănătate publică. (unități medicale spitalicești și ambulatorii de specialitate, dispensare medicale, epidemiologie, igiena muncii, igienă comunală, mediu, aprovizionare cu apă, alimentație publică etc).

Cu încadrare pe măsură, ca resursă umană (igieniști, epidemiologi, compartimente de specialitate bine încadrate, putere decizională și responsabilități precise în gestionarea problemelor de sănătate publică la nivelul unei regiuni sau județ) s-au obținut rezultate spectaculare pe tărâmul igienei, epidemiologiei și prevenției atât pe linie de igienă generală, cât, mai ales, în eradicarea unor boli ca; poliomielita, holera, tifosul exantematic, malaria, difteria, tetanosul, febra tifoidă, tuberculoza, tusea convulsivă, rujeola etc.

Din fericire, pentru acest trecut glorios sub aspect epidemiologic, mai avem încă personalități care pot depune mărturie despre războiul cu aceste molime (unele cu caracter endemic pentru țara sau zona noastră geografică), cum ar fi eminentul profesor Geza Molnar de la Cluj sau distinsul doctor Ion Buzdugan de la Iași, prin ele însele mărturii vii ale marii școli de epidemiologie și microbiologie românească care, prin corifeii săi, devenise emblematică în Balcani, și nu numai, personalități pe care nu le mai consultă nimeni astăzi.

În locul acestor structuri teritoriale sănătatea publică s-a trezit cu niște birouri teritoriale, cu dublă subordonare, în care epidemiologii sunt o raritate, cadrele de specialitate pe domenii sunt de asemenea o raritate, funcționând ca o structură birocratică greoaie, excelând, după posibilități, în gestionarea unor programe, sau în supraveghere și raportare statistică. Ba chiar unele voci din rândul "*reformiștilor*" și "*progresiștilor*", de care nu ducem lipsă astăzi, găseau de cuviință limitarea dacă nu chiar desființarea acestor structuri care, în viziunea lor îngustă, le găseau inutile.

Sănătatea publică și mediul

Dintru început trebuie subliniat faptul că astăzi, mai mult ca oricând, sănătatea publică în accepțiunea ei largă și mai ales din perspectiva bioeticii, depășește cu mult starea de sănătate a indivizilor care alcătuiesc o colectivitate. Ea privește în egală măsură, dacă nu chiar decisiv, și sănătatea mediului în care individul trăiește, prin calitatea sa și riscurile din totdeauna pe care le presupune un mediu nesănătos. Pentru că până la urmă nu se poate vorbi de individ sănătos într-o comunitate bolnavă, așa cum nu se poate vorbi nici despre o comunitate sănătoasă alcătuită din indivizi bolnavi, ceea ce face ca relația între sănătatea individului și mediul său de viață (climă, zonă geografică, risc epidemiologic, structură demografică, patologie cronică) să fie mai strânsă ca niciodată.

Cu un număr insuficient de specialiști și cu echipe alcătuite adhoc din personal care nu rareori nu aveau nici o tangență cu epidemiologia și rigorile ei, este

ușor de închipuit ce calitate aveau anchetele epidemiologice și ce calitate avea supravegherea epidemiologică a teritoriului arondat. În aceste condiții, gestionarea unei situații epidemice majore, cum pare să fie cea pe care o parcurgem, alimentată copios de un aflux uman (ca sursă de infecție greu de controlat) a devenit o problemă extrem de dificilă, ceea ce a și dus la introducerea stării de urgență cu ordonanțele militare de rigoare, cu impunerea unor restricții în care restrângerea drepturilor cetățenești erau cele mai dure.

Iată de ce teritorializarea asistenței medicale în structuri care să cuprindă în egală măsură asistența medicală curativă și preventivă, dar și supravegherea sanitară a teritoriului comunității respective, redevine o necesitate care poate fi adaptată desigur la realităților timpurilor noastre. În cadrul acesteia, redimensionarea activității medicale primare în alți parametri decât cei actuali, completarea ei cu activitatea în domeniul prevenției și prezența asistentului de igienă în echipa unității de asistență primară devine absolut necesară.

Serviciul de urgență în context epidemic

Un rol discutabil l-a avut și serviciile de asistență de urgență prespitalicească și spitalicească, în rândurile cărora aveau să apară primii contaminați, pentru că solicitările celor întorși acasă la apariția simptomelor se făceau doar prin numărul de urgență. Aici avea să se vadă cât de nefastă pentru unitățile spitalicești a fost crearea acestui serviciu, pentru că devenise o rutină ca pentru orice problemă medicală de oriunde din teritoriu, urgență sau nu, se apela serviciul de urgență care în felul acesta devenise un fel de taximetrie medicală.

Astfel, toată patologia din teritoriu adusă în spital în această manieră, trebuia să treacă prin unitatea de primiri urgențe, realizându-se astfel un adevărat melanj de patologie de urgență sau curentă, acută sau cronică, infecțioasă sau neinfecțioasă, contagioasă sau necontagioasă, mergând până acolo încât se gestionau chiar internările în spital.

Staționarea obligatorie în aceste unități pentru evaluarea în urgență și evaluarea de specialitate, au deschis o cale largă și sigură de intercontaminare, cel puțin în primele 2 săptămâni până la amplasarea corturilor de triere epidemiologică în curtea spitalelor (deservite de același personal), cu introducerea echipamentelor de protecție pentru personal (între care celebrele izolette pentru transportul bolnavilor – absolut inutile), a criteriilor de selecție a bolnavilor și a testelor rapide de diagnostic. Evident că emigranții economici, cu sau fără izolare voluntară la domiciliu, care se revărsau în țară gonți de realitățile occidentului, la apariția simptomelor apelau serviciile medicale prin sistemul de urgență, contribuind astfel la răspândirea infecției cu coronavirus.

Era evident, de asemenea, că transmisia bolii devenise comunitară, moment în care se poate considera că epidemia a scăpat de sub control. Din acest moment orice persoană, orice suprafață atinsă, orice zonă suprapopulată, orice spațiu neigenizat, orice deplasare dincolo de habitat se putea constitui într-un factor de risc pentru contaminare. A urmat carantinarea instituționalizată la graniță concomitent cu măsuri de

limitare a revenirii în țară a emigranților, introducerea restricțiilor prin starea de urgență și introducerea ordonanțelor militare, internarea obligatorie a celor depistați pozitivi în unități spitalicești desemnate ca spitale covid și spitale de suport, indiferent de modul de manifestare a bolii; asimptomatică, forme ușoare, forme medii, severe sau grave, criteriul unic fiind testul pozitiv și definiția de caz.

Spitalizarea nejustificată pentru primele două categorii (asimptomatice și forme ușoare), relativitatea testului rapid de diagnostic care după cum se știe are o marjă de eroare importantă (2-20% rezultate fals pozitive sau fals negative ca orice test rapid de altfel), au creat un climat extrem de tensionat atât în rândul personalului medical, insuficient pregătit și echipat pentru a face față situației, dar și a pacienților asimptomatici sau cu forme ușoare care s-au trezit internați cu forța. Rezultatul a fost contaminarea spitalelor care au început să cadă unul după altul, a personalului din unitățile de terapie intensivă și, desigur, creșterea numerică a contaminărilor în populație.

Aceste aspecte, care se succedau cu repeziciune, preluate de massmedia ca știri de senzație însoțite de bilanțuri apocaliptice, cu intervenții inoportune și prezentări ignorante comentate de tot felul de vedete de conjunctură și lideri de opinie, cu prezentări bizare a unor secvențe din secțiile ATI deservite de figuri, la rândul lor bizare, într-un echipament incomod (un adevărat supliciu pentru cei care îl purtau) care mimau costumațiile astrale, mișcându-se cu dificultate printre monitoare, ventilatoare, aspiratoare, oxigenatoare și perfuzoare, au creat o stare de angoasă colectivă până la panică, o adevărată psihoză de masă.

Spitalul și corpul medical în mentalul colectiv

În cadrul aspectului pompieristic în abordarea evenimentelor generate de această epidemie, apare și ordinul ministrului sănătății (533/29-03-2020) de a evacua spitalele într-un timp record, prin externarea forțată a pacienților internați, reducerea cu 80% a programărilor și cu 50% a activității ambulatoriilor de specialitate, închiderea cabinetelor stomatologice și laboratoarelor. Se reduce astfel asistența medicală doar la activitatea în urgență, paralizând efectiv un sistem de parcă altă patologie, înafară de cea legată de coronavirus nu ar mai fi existat, ca și cum problemele de sănătate acute sau cronice ale populației au dispărut brusc.

Dincolo de efectul asupra sănătății în general, această decizie a avut un impact devastator asupra stării de spirit în rândul personalului medical, dar mai ales în rândul populației prin inducerea unei stări de neliniște, nesiguranță și frică până la panică. Pentru că în percepția publică spitalele au devenit brusc zone periculoase care trebuiau evitate, în care riscul contaminării și a diagnosticării COVID pozitive, cu toate consecințele draconice în plan personal, familial și microsocial efectiv înspăimântau, și aveau de ce.

Mai mult, a apărut o anumită rețineră față de lucrătorii în domeniu fie ei; medici, paramedici, asistenți medicali, infirmiere, ambulanțieri, care au mers până la manifestări ostile (considerați apriori ca purtători de

virusi), în pofida prezentărilor apoteotice din mass-media, de care (în paranteză fie spus) corpul medical chiar nu are nevoie, pentru că el face ceea ce a făcut din totdeauna în vremuri de restrițe; luptă pentru viață până la sacrificiul propriei sale vieți.

Un scurt recurs la istoria noastră ne aduce aminte că în epidemia de tifos exantematic din iarna anului 1917, de exemplu, au căzut victimă molimei 350 de medici și 1000 de sanitari dintr-un total de 300.000 de victime (125.000 de militari și 175.000 din rândul populației civile) epidemie stinsă în cinci luni prin măsurile întreprinse de marele nostru savant, colonel dr Ioan Cantacuzino, aflat atunci la conducerea Serviciului Sanitar al Armatei. Și sunt numeroase exemple în istoria noastră, și nu numai, care consemnează marile sacrificii pe care corpul medico-sanitar le-a adus pe altarul sănătății publice în context epidemic sau pandemic, fără publicitate ieftină și aspirații eroice.

Fără îndoială, că după ce lucrurile se vor liniști, prin faptul că însăși viroza își va domoli expansiunea în cadrul evoluției naturale, caracteristică de altfel, oricărei manifestări epidemice de tip pandemic, evaluările și bilanțurile care se vor face vor putea analiza părțile pozitive sau negative ale intervenției umane în cadrul evoluției acestei calamități, fie ea naturală sau artificială.

Până atunci însă, este de reținut că acest climat de nesiguranță și spaimă colectivă a căpătat o amploare deosebită, favorizată de creșterea cazurilor noi de îmbolnăvire, a internărilor în terapie intensivă și mai ales a deceselor care se contabilizau doar în spectrul SARS-CoV 2, a focarelor de infecție care apăreau cu predilecție în spitale și stabilimente pentru vârsnici, a lipsurilor de medicamente, echipamente de protecție și materiale sanitare.

Întrebări pertinente și necesare

De reținut este și faptul că orientarea asistenței medicale în cvasitotalitatea ei spre zona pandemică, a prejudiciat grav asistența medicală curentă, a cărui grad de încărcătură era și așa suficient de mare și cu destule probleme. Și atunci, întrebarea firească; cine își asumă blocarea asistenței medicale timp de două luni perioadă în care patologia curentă, dar mai ales patologia cronică nu a putut fi diagnosticată, evaluată și tratată corespunzător? Câți bolnavi nu au putut beneficia de proceduri, tratamente specifice, intervenții chirurgicale și alte terapii specifice funcție de patologia lor și, mai ales, câte decese au rezultat ca urmare a lipsei unor îngrijiri medicale adecvate?

De ce nu s-au folosit ca spitale de suport rețeaua de spitale militare, oricum supradimensionate pentru nevoile reale, pentru că ele au fost concepute pentru a deservi o armată de 350.000-400.000 de militari cât avea armata română cândva? În această abordare s-ar fi putut introduce managementul și disciplina militară cu care ministrul sănătății amenința sistemul și la care chiar a recurs în cazul spitalelor din Suceava și Deva. Acestora li se puteau adăuga și rețeaua de spitale CFR, de asemenea supradimensionate, unități care împreună ar fi egalat numărul spitalelor de suport (34) din rețeaua publică desemnate prin ordin de ministru.

În această formulă s-ar fi acoperit cu siguranță nevoile de asistență medicală generată de epidemie, mai ales dacă nu s-ar fi recurs la internarea asimptomaticilor și formelor ușoare obligate în mod irațional să se interneze în spital. S-ar fi putut satisface astfel necesarul de paturi, ca să nu mai vorbim de secțiile ATI care au funcționat la un sfert din capacitatea lor. În plus, l-ar fi scutit pe ministrul sănătății să alerge în urma dricului, acuzând în dreapta și în stânga managementul defectuos, de parcă, în calitatea lui de fost manager de spital, nu ar fi știut ce înseamnă managementul unui spital subfinanțat.

De altfel este de așteptat o evaluare și eventual o nouă reformă a sistemului medical pe care ministrul sănătății a promis-o de îndată ce epidemia va fi trecut. Va reuși numai dacă va ține cont de istoria organizării sistemului medico-sanitar din România, atât de performant altădată și va renunța la principiile liberale de organizare care s-au dovedit total ineficiente în condițiile pandemiilor moderne.

Coronavirusul în perspectiva viitorului

Odată cu venirea verii virulența și contagiozitatea virusului SARS-CoV 2 va scădea treptat în mod natural și concomitent cu creșterea gradului de imunizare prin boală a populației. Trebuie subliniat faptul că după evoluția sa genetică, deja patru mutații pe parcursul său pandemic, se pare că și acest virus va intra mai devreme sau mai târziu în categoria virusurilor sezoniere, alături de alte surate din aceeași familie, cu aceeași capacitate mutagenă caracteristică acestor virusuri, asemănătoare întrucâtva virusurilor gripale.

În acest context, imunizarea prin vaccin (atunci când va fi disponibil) devine necesară doar pentru populația țintă, adică populația purtătoare a unor boli cronice; diabet, obezitate, patologii cardiovasculare, renală, respiratorie, neoplazică etc și, eventual populația vârstnică, cu două condiții; vaccinarea să nu devină o miză comercială și vaccinul să fie produs în țară.

În rest, că această pandemie va schimba lumea, că nimic nu va mai fi ca înainte, că umanitatea trebuie să-și revizuiască principiile și modul de abordare a vieții, toate acestea trebuie considerate ca aprecieri de conjunctură și puse pe seama stării emoționale induse de necunoscut și promovată apocaliptic de media – fericită că are un subiect de tocat – și clasa politică – că poate avea o miză desigur, politică. De altfel, multe din măsurile întreprinse au amprenta presiunii publice induse de aceste două categorii. Mai greu de explicat va fi crăhul economic produs prin măsurile disproporționate față de realitatea fenomenului, anticipat oarecum de profesorul Adrian Streinu Cerel, singura minte luminată și om cu viziune, din acel faimos comitet (din care a și fost eliminat) care acționa după cum bătea vântul.

Ceea ce trebuie reținut însă, este faptul că sistemul medico-sanitar trebuie gândit și sub aspect epidemic sau pandemic pentru că, dintre cele trei calamități cu impact devastator asupra populației (războiul, foamea și epidemiile), de departe cele mai grave și periculoase au fost, sunt și rămân epidemiile și pandemiile pentru că ele lovesc otova.

Afirmația că România a trecut printr-o situație nemaîntâlnită în istoria sa este total gratuită. Un simplu recurs la istoria noastră, și nu numai, va dovedi cu prisosință contrariul. Problema este a rezolvării raționale și la nivel global, pentru că privește viața în ansamblul ei. O cale posibilă este aplicarea cu rigurozitate a principiilor bioeticii cu cele trei ramuri ale sale; etica medicală, etica animală și etica mediului, pentru că în definitiv și omul este o formă de viață care coabitează cu alte forme de viață, prietenoase sau ostile, într-un mediu comun și destul de limitat, în care până la urmă adaptarea este condiția supraviețuirii. Măcar sub acest aspect omul va trebui să-și reconsidere locul și rostul său pe pământ și să nu uite că NATURA lovește năpraznic în cel care-i încalcă legile.

Aș mai face o remarcă cu privire la lecțiile pe care istoria medicinei și îndeosebi istoria pandemiilor ni le oferă. Parcurgându-i parcursul vom vedea că epidemiile și pandemiile fac parte integrantă din istoria umanității. Locul bacteriilor în producerea epidemiilor (lepra, ciurma, febra tifoidă etc) a fost luat treptat de virusuri (variola, poliomielită, tifos exantematic, gripă, HIV, Ebola, COVID 19).

O privire atentă a pandemiilor secolului XX, arată că ele au fost dominate de virusul gripal care a intrat puternic în scenă prin gripa spaniolă a anilor 1918-1919, producând peste 50 de milioane de decese, infectând între 20-50% din populația Terei, A fost urmată apoi de pandemia din 1934-1935 care în țara noastră va produce peste 240.000 de îmbolnăviri cu 46.000 de decese dintre care 14.000 de copii, gripa din 1957 cu virusul gripal A/H2N2 care l-a nivel mondial a produs 2 milioane decese, gripa cu virusul A/H3N2 Hong Kong din 1971-1972 cu 1 milion de victime (14.000 în România) și gripa aviară A/H1N1 din 2009 cu 18.156 decese la 622.482 cazuri, devenind cu timpul o viroză sezonieră cu efectele cunoscute și acceptate ca firești.

Secolul XXI se pare că va fi secolul coronavirusului care, deși exista în spectrul patologic al virozelor respiratorii, intră în scenă în 2003 cu tipul SARS-CoV 1 care s-a oprit în zona asiatică, apoi MERS CoV care s-a oprit în Orientul Mijlociu și în sfârșit SARS-CoV 2 sau COVID 19, care are răspândire pandemică deja pe panta descendentă și care a lovit cu predilecție zona opulenței, aroganței și disprețului față de valorile umanității. Nu am auzit de nici un focar epidemic care să fi izbucnit în taberele de refugiați din Turcia, de exemplu, sau mai aproape de noi, printre oamenii străzii la care numai măsurile și regulile de igienă în combaterea epidemiei nu pot fi invocate.

În loc de încheiere

Șansa României nu a fost eficiența sistemului său medical (pe care o vor specula mulți și îndeosebi autoritățile) ci amplasamentul său geografic, structura demografică a populației, modului de viață mai simplu și mai apropiat de natură. De aceea când se fac analize și evaluări, comparația trebuie făcută cu țările din zona noastră geografică; Bulgaria, Ungaria, Ucraina, Rusia, Serbia, care au aceleași rezultate ca și noi în combaterea pandemiei, fără să impună măsuri atât de draconice ca la noi. Comparația cu țările occidentale, de regulă în

cifre absolute și nu în procente (cum ar fi normal), este forțată și inoportună, pentru că ne raportăm la parametri cu totul diferiți, între care; număr de populație, durata medie de viață (cu peste 10 ani mai mare decât la noi), structură demografică, zonă geografică, stil de viață, mod de trai și morbiditatea cronică crescută prin boli ale civilizației.

Un singur exemplu este suficient de ilustrativ în acest sens; nici una din țările menționate mai sus nu a impus interzicerea manifestărilor religioase cu ocazia sărbătorilor pascale, cum au fost impuse la noi, aspect care a produs un gol imens în sufletul creștinului român, deoarece pentru prima dată în 2000 de ani, biserica i-a fost închisă, cimitirul i-a fost ferecat, comuniunea creștină i-a fost interzisă, împărtășirea sfintelor taine condiționată.

Nimeni nu a observat însă, sau s-a făcut că nu observă, că deși în țările ortodoxe din jur manifestările pascale au fost libere, cu aglomerațiile de rigoare în asemenea împrejurări și măsurile de protecție mai mult decât precare, nu a apărut totuși nici o explozie epidemică de care diriguitorii noștri au făcut atâta caz, sperându-se ca niște iepuri fricoși. Este o dovadă că clasa politică nu a înțeles că pentru "omul de rând" (sintagmă folosită de o manieră arogantă și disprețuitoare cu privire la capacitatea de înțelegere a acestuia), mai important decât orice raționalism de conjunctură este familia și bunăstarea ei, valorile morale în care a crescut, tradiția creștină în care s-a născut și tot ce ține de spiritualitatea sa creștină. În acest context gestul domnului Viorel Cataramă nu face altceva decât să demonstreze firescul lucrurilor în viața unui creștin.

Ba mai mult, în manifestările unora dintre actorii principali ai momentului, pe care nu mă sfiesc deloc să-i nominalizez; Klaus Iohannis, Ludovic Orban, Raed Arafat, Nelu Tătaru, s-a simțit o atitudine vădit anticreștină, fără ca vreunul din ei să-și dea seama că în mintea românului "de rând" această atitudine poate fi asimilată ca una antiromânească.

Dincolo de această experiență tristă pentru umanitate – pentru că și-a călcat în picioare spiritualitatea care i-a dat valoare – și tragică pentru om, care nu-și dă seama că prin raționalismul său păgubos, riscă propria sa existență într-un context biologic în care nu este decât o ființă viețuitoare, care trebuie să-și cunoască locul și rostul printre alte ființe viețuitoare de care depinde efectiv.

Și atunci ne întoarcem la înțelepciunea marilor noștri gânditori "*Dealtfel cu ignoranța sa de care cu greu își dă seama și cu modul său prea defectuos de a raționa, omul n-ar fi putut interveni în acte de o gingășie și de o finalitate atât de minunate, fără să producă dezordinile cele mai grave*" cum spunea profetic și pe bună dreptate marele nostru savant Nicolae C Paulescu când se referea la atitudinea omului față de lumea în care trăiește.

Altfel, omul riscă în fiecare moment, ca dintr-o trestie gânditoare (Blaise Pascal) să devină o salcie plângătoare.

(Bibliografia la autor.)

HIPERGLICEMIA ȘI PROGNOSTICUL NEFAVORABIL AL COVID-19. DE CĂ UN CONTROL RAPID AL GLICEMIEI AR TREBUI SĂ FIE OBLIGATORIU?

Dr. Julieta Cristescu, București

EVENIMENTELE epidemiologice la care suntem cu toții „partasi” de la începutul acestui an, ne-au pus în fața unei necunoscute, pandemia COVID-19, boala transmisibilă cu severitate mare prin răspandirea extrem de rapidă, dar mai ales cu o variabilitate mare a exprimării clinice de la asimtomatică până la cazuri cu evoluție deosebit de agresivă, ducând chiar la decese.

Inițial s-a considerat că sunt vizate anumite categorii populationale (varstici, pacienți cu anumite comorbidități); evoluția epidemiologică însă, a demonstrat că din păcate au căzut „victime sigure” și alte categorii de pacienți, dacă ne gândim că au decedat și persoane tinere cu sau fără comorbidități.

În primele zile ale evoluției pandemiei, mulți au sesizat prezența în cauzele de deces a DZ și a Obezității, concomitent cu complicații Cardio-Vasculare, cu o frecvență mare ca și comorbidități, ceea ce a atras atenția specialiștilor și a cercetătorilor.

As spune însă că nu a fost chiar o surpriză, cunoscând fiind că vorbim de fapt de trei entități clinice care definesc Sindromul CardioRenoMetabolic, cu o vulnerabilitate mare la agresiune, aici fiind cea dată de virulența extremă a SARS-CoV-2.

Problemele fiind complexe, rapid au apărut discuții, explicații și dezbateri prin întâlniri online, webinar, pentru a explica, identifica elementele și mecanismele fiziopatologice care duc la evoluții surprinzătoare și care ne-au antrenat pe mulți dintre noi să înțelegem cât mai corect fenomenele, în funcție de care să fim de ajutor pacienților.

Aduc în discuție azi câteva explicații privind vulnerabilitatea elementului comun **Hiperglicemia**, care apare în evoluția pacientului cu diabet, fie el cel nou descoperit odată cu contaminarea cu Covit-19, fie a celor aflați deja în tratament pentru DZ; marea majoritate a pacienților au fost cu afectare și cu dezechilibru cronic (control metabolic deficitar), dar e cazul și a unor pacienți chiar bine controlați, dar care în mod normal reacționează cu hiperglicemie la apariția unor agresiuni ale virusurilor sau infecțiilor bacteriene, uneori chiar intercurente.

Dovezile recente din pandemia cu COVID-19 arată că hiperglicemia, nu numai la persoanele cu diabet, agravează prognosticul și crește riscul de deces [1,2]. Mai mult decât atât, rezultă că, în special hiperglicemia la internarea în spital a unui pacient cu DZ și COVID-19, este un factor de prognostic foarte rău [1,2], ceea ce sugerează că hiperglicemia în faza foarte timpurie a bolii poate juca un rol particular în determinarea gravității prognosticului.

Există cel puțin două motive pentru care hiperglicemia, în special una acută, poate fi foarte periculoasă în timpul infecției cu SARS-CoV-2.

Un motiv ar fi că o creștere acută a glicemiei este însoțită de o creștere uriașă de mediatori inflamatori [3]. În mod

clar, cunoscând rolul „furtunii de citokine” în COVID-19 acesta este un efect care trebuie evitat.

Un alt motiv pare a fi foarte specific pentru COVID-19 și anume legarea SARS-CoV-2 la receptorii ACE2 [4].

Glicozilarea, o reacție care poate fi indusă de hiperglicemie, este necesară pentru conectarea virusului la acest receptor ACE2 celular [4]. Prin urmare, nivelul ridicat aberant generat al enzimei ACE2 glicozilate în țesuturi, în starea hiperglicemică necontrolată, ar putea favoriza intruziunea celulară a SARS-CoV2, ducând astfel la un nivel superior al infecției cu COVID-19 și o severitate mai mare a bolii [4]. Este probabil că severitatea să fie dependentă de cantitatea de receptori ACE2 în stare glicozilată și pur și simplu de cantitatea de ACE2, fiind direct responsabilă pentru legarea la virus dar și fuziunea, intruziunea acestuia [4].

Este bine știut, totuși că procesul de glicozilare legat de hiperglicemie, este la început un proces reversibil parcurgând așa-numita perioadă de „**glicozilare labilă**”, care este reversibilă, fenomen demonstrat și în studiile in vivo [5].

Prin urmare, este de crezut că o **normalizare rapidă** a hiperglicemiei în timpul COVID-19 poate duce la o **scădere acitokinelor inflamatorii** care se eliberează și o **capacitatea de legare** mai mică a virusului de ACE2, două elemente care ar putea fi în mod constant, de mare ajutor la îmbunătățirea prognosticului la persoanele afectate cu DZ și SARS-CoV-2. (*Editorial publicat de un grup de cercetători în primele zile a pandemiei, în ELSEVIER – Diabetes Clinical Practice – FDI-163/2020/108-186*)

Cunoașterea acestor aspecte ale evoluției controlului metabolic dictează, în orice condiții, intervenția de echilibrare metabolică care va însoți planul terapeutic complex al pacientului cu DZ și COVID-19, fie prin introducerea tratamentului conform ghidurilor terapeutice la cei nou descoperiți în atari condiții, dar mai ales intensificarea tratamentului chiar cu ADO (la cazurile ușor simptomatice când starea pacientului o permite și analiza profesională a situației), menținerea insulinei bazale la cei care au acest tratament și desigur intensificare prin terapie intensivă cu insulina, pentru a menține un bun control glicemic cât mai rapid în reechilibrare, și care s-a dovedit a fi extrem de important în dictarea severității evoluției bolii, **tratamente sub un control strict și profesional cu mijloacele de care dispunem**.

Pandemia COVID-19, prezintă umanității o criză de sănătate, am spune că niciodată și că în multe alte cazuri persoanele cu diabet plătesc un tribut foarte ridicat, fiind expuse unui risc mai mare de a contracta boala și că prognosticul oricum este rezervat. Gestionarea zilnică a **bolii aparține pacientului**, dar cu tot sprijinul necesar **al profesioniștilor** și a altor specialiști din domeniul sănătății, cu toții angajați în lupta cu COVID, în ideea că pacientul cu DZ are de primit un **management deosebit, în orice condiții (ambulator sau pe parcursul internării)**.

(*Bibliografia la autor.*)

EPOCA CORONAVIRUS ȘI BIOETICA – REALITĂȚI ȘI PERSPECTIVE

Dr. Valeriu Lupu, Vaslui

„Bioetica este un punct de întâlnire a tuturor celor care urmăresc destinul uman supus presiunilor științei”

Constantin Maximilian

Introducere

Dacă secolul al XX-lea a fost epoca gripei prin marile pandemii pe care le-a cunoscut, secolul al XXI-lea, pare să fie epoca coronavirusului, după cum a început în 2003 cu epidemia cu SARS CoV 1, a continuat cu MERS în 2012, pentru ca să ajungă astăzi, în 2020, cu SARS CoV 2 la dimensiunea unei pandemii. Așa încât, pandemia cu coronavirus care a lovit violent umanitatea, dincolo de frica împinsă până la panică, a creat un adevărat haos social. Acest haos avea să cuprindă, în egală măsură, sistemul medical – repede depășit de ralitățile momentului, capacitatea statelor de a se mobiliza – de-a dreptul bulversată și societatea – dezorientată și înspăimântată, la care a contribuit cu o perseverență diabolică mass-media, de toate tipurile și de pretutindeni. Dincolo de impactul medico-social, resimțit dureros de majoritatea statelor afectate, este prăbușirea economică de o gravitate fără precedent.

Deși ca amploare această pandemie nu a depășit marile pandemii ale lumii, cu atât mai puțin cele ale secolului al XX-lea, efectul ei în plan social a fost unul devastator, mai ales prin modul de abordare medico-sanitară, tehnică, politică, administrativă și socială. Trec peste erorile strategice și tactice ale sistemului nostru medico-sanitar, prezentate pe larg în lucrarea "Pandemia de coronavirus și sistemul medico-sanitar", când Comitetul național pentru situații speciale de urgență, Comitetul științific anti COVID 19 și Grupul de comunicare strategică au reușit performanța contaminării țării și bulversarea asistenței medicale (prin măsurile impuse) și încerc o abordare din perspectiva eticii medicale și, în sens mai larg, al bioeticii. Pentru că măsurile întreprinse au afectat grav în primul rând relația medic pacient – cheia de boltă în managementul oricărei boli, în oricare tip de societate și la orice vârstă și, în al doilea rând, principiile eticii medicale și sociale, până acolo încât au adus atingere drepturilor și libertăților fundamentale ale omului. (vezi sesizarea Avocatului Poporului către CCR – știrileprotv.ro/6 mai 2020)

Dincolo de acest aspect, dar în strânsă legătură cu acesta, sunt raporturile individului cu sistemul medical, a căror interfață este medicul și nu în ultimul rând, raporturile comunității cu sistemul medico-sanitar sub aspectul drepturilor și libertăților fundamentale ale omului în condițiile scientismului medical care, după cum s-a văzut, tinde să conducă către dictatură sanitară.

Comunitatea și sistemul medico-sanitar

Cu ocazia pandemiei cu coronavirus s-a văzut clar cât de vulnerabilă este societatea cu tot sistemul său de secu-

ritate medicală și sanitară, cât de vulnerabilă este medicina în fața unui atac biologic (fie el natural s-au fabricat în laborator) și modul haotic cum reacționează societatea în ansamblul ei, atunci când se află în fața unui pericol necunoscut, îndeosebi din sfera infrastructurilor biologice, cum sunt virusurile, care reprezintă cea mai numeroasă și versatilă populație a globului. S-a văzut repede că știința și tehnologia medicală are limitele și riscurile ei, că nu întotdeauna servesc cauza omului în suferință, că biotehnologia și manipularea genetică reprezintă un pericol major pentru umanitate și asta, pentru simplul motiv că este produsul rațiunii umane, întotdeauna dubitabilă și șovăielnică. S-a mai văzut că interesul colectiv tinde să primeze asupra interesului individual, că discriminarea, fie ea și pozitivă, este practică obsesiv, de multe ori inconștient și abuziv, creind disensiuni și tensiuni între generații.

Am în minte un episod trăit cu ocazia deschiderii lucrărilor celui de al IX-lea Congres Național de Istoria Medicinii, desfășurat la Vaslui exact în urmă cu un an, când gazda întâlnirii, în alocuțiunea sa de bun venit, a afirmat că; în contextul tehnologizării excesive a actului medical, impactul psihologic va fi unul devastator asupra omului care, devenit un simplu obiect scanat, va afla că este purtătorul a cine știe cărei anomalii sau disfuncționalități. Dincolo de erorile tehnologice posibile (artefacte imagistice, sau erori de aparat, rezultate fals pozitive sau fals negative), de care nimeni nu ține cont și deși starea de sănătate a persoanei este perfectă, aceasta va fi extrasă din mediul său familial și social și supusă unei izolări sau proceduri la care nu consimte.

Pentru că până la urmă, starea de sănătate, înainte de a fi un algoritm biochimic (cum susțin dataștii) sau rezultatul unei scanări, este o percepție personală, este o stare de bine fizic, psihic, social, cultural și spiritual, care se consumă într-o realitate individuală percepută la nivelul confortului personal. Simpla informație, pe lângă riscul de mai sus, poate crea în plan psihologic o stare de neliniște, de angoasă care tulbură existența persoanei, ca să nu mai vorbim de consecințe în plan somatic, nu rareori inducându-i până la urmă chiar o stare de boală (așa-zisa somatizare a suferinței psihice), cu toate urmările ei.

Reacția unui ilustru participant din lumea academică, cu preocupări notabile în domeniul eticii medicale și bioeticii, a fost categoric împotriva, argumentând prin faptul că medicina este o știință umanistă, în care relația medic-pacient se va derula întotdeauna în limitele empatiei și binefacerii, așa cum o cer principiile eticii umaniste. Nu a trecut decât un an și pandemia cu SARS CoV 2 avea să transforme complet tabla de valori, termoscanarea (deocamdată), a devenit o rutină obligatorie în anumite situații, distanțarea fizică între persoane a devenit chiar o distanțare socială, contactul direct este limitat și chiar înlocuit cu tehnici de comunicare la distanță de tip whatsapp, on-line, telefonie mobilă etc, pentru că individul a devenit o posibilă sursă de pericol pentru cei din jur, așa cum cei din jur au devenit, la rândul lor, un pericol pen-

tru individ. În felul acesta individul se izolează de comunitate și comunitatea la rândul ei privește individul cu suspiciune, cu tendința evidentă de a-l izola. Este ceea ce trăim astăzi când cel care are neșansa să fie COVID pozitiv, devine automat un paria pentru societate, este extras cu forța din ambientul său, internat și tratat până la sterilizare, iar contactii săi urmăriți cu cerbicie.

Iată cum omul – ființă socială prin excelență – este forțat să se îndepărteze de principiile de bază ale umanismului; empatia, filantropia, iubirea aproapelui, mila față de cel în nevoie sau suferință, până la urmă solidaritatea socială (invocată atât de des), pentru că frica de om tinde să pună stăpânire pe om.

Relația medic-pacient în context epidemic

Medicul însuși, ca de altfel și cabinetul său sau unitatea în care lucrează, au devenit brusc o posibilă sursă de contaminare, prin urmare, în mentalul colectiv s-a creat percepția că trebuie evitate ca fiind riscante. Această percepție a fost accentuată și de faptul că întreaga infrastructură medicală era (și încă este) orientată în combaterea acestei pandemii. În mod fortuit, rețeaua medicală a devenit permisivă doar pentru urgențele medico-chirurgicale, prin urmare orice altă activitate în ambulatoriu de specialitate sau staționarul cu paturi a fost drastic restricționată.

Rigorile impuse sistemului și personalului au mers până acolo încât și echipamentul propus, mai ales pentru serviciul ambulanțier și unitățile de terapie intensivă, au căpătat un aspect bizar (mimând aspectul extraterestru) și care, înafara faptului că impresionează la modul grotesc, nu oferă decât o protecție iluzorie celui care îl poartă, dovadă procentul important de îmbolnăvire și contaminare în rândul personalului medical care lucrează în serviciile de risc maxim. Am convingerea că cei care au lucrat în zonele de risc maxim s-au imunizat deja, o investigație serologică ar putea demonstra acest aspect.

Sunt medic pediatru și mă gândesc cu groază care ar fi fost reacția unui copil mic la vederea unei asemenea apariții, adevărate stafii care l-ar fi marcat pentru totdeauna viața. Din fericire copiii, adolescenții și în general vârstele tinere nu au fost afectate, ca de altfel și vârstele înaintate, decât în condițiile existenței unor comorbidiități, aspect care reiese cu claritate din desfășurătorul celor care, din nefericire, au decedat. Explicația rezidă simplu din faptul că, fiind vorba de o infrastructură biologică ultramicroscopică, virusul nu cunoaște nici o barieră, decât parcursul său natural și imunitatea organismului contaminat. Prin urmare, era firesc ca orice măsură întreprinsă să nu facă altceva decât să întârzie manifestarea bolii, ca să nu mai vorbim de suferința și disconfortul pe care îl produce celui infectat, atât sub aspect medical, cât și ca victimă a birocrăției medicale (vezi arestările efective ale asimptomaticilor și formelor ușoare, a căror spitalizare nu au avut (și nu au) nici o justificare medicală sau umană, în plus adaugă efectele psihice ale claustrării și riscul unor infecții nozocomiale.

Această distanțare și evitare reciprocă, impusă și autoimpusă, avea neîndoios să afecteze și relația medic-sistem-pacient. În acest context despre ce relație medic-pacient mai vorbim? Numai că relația medic-pacient avea să mai sufere o lovitură, deja anticipată mai sus și care probabil va tinde să aibă un caracter instituționalizat și anume telemedicina, ca un corolar la ceea ce internetul

și în general social-media oferă astăzi ca informație medicală. Este un artificiu greu de imaginat, dar și mai greu de acceptat, pentru că exclude partea esențială a actului medical și anume; evaluarea clinică a pacientului prin examinarea fizică. Situație gravă din perspectiva diagnosticului, pentru că examenul clinic, coroborat cu o anamneză corectă rezultată din chestionarea directă și nu intermediată, are o pondere de peste 70% în stabilirea diagnosticului.

Fără îndoială că mijloacele moderne de comunicare pot oferi elemente de orientare diagnostică și recomandări formale, de moment, valabile pentru o scurtă perioadă de timp, urmate însă de intrarea în cel mai scurt timp a pacientului pe făgașul firesc a asistenței medicale, cu tot ceea ce presupune aceasta; stabilirea formei clinice de boală, stadiul în care se află în evoluția ei, gravitatea ei, fondul biologic pe care evoluează, comorbidițiile asociate, prescripția terapeutică și evaluarea zilnică sau periodică. Este de la sine înțeles că aceste aspecte nu se pot realiza decât într-o relație directă medic-pacient, toate celelalte nu pot fi decât ajutoare și de moment.

Principiile eticii medicale în vremuri de pandemie

Realitățile pe care corpul medical și sistemul medico-sanitar a trebuit să le înfrunte în acest context epidemic, aveau să se repercuteze de o manieră extrem de negativă asupra principiilor de bază ale eticii medicale, care dăinuie de aproximativ 2500 de ani. Prezente încă din epoca hipocratică, sub forma jurământului lui Hipocrate (pe care și astăzi fiecare medic îl depune la începutul carierei sale), fiecare din cele patru principii de bază, care formează coloana vertebrală a jurământului, au fost preluate de etica medicală modernă și extinse apoi ca elemente de moralitate în domeniul bioeticii.

Primum non nocere (întâi să nu faci rău, sau principiul non-maleficienței), sau principiul maleficienței (să faci numai binele), autonomie în luarea deciziei medicale (principiul dreptului de a decide în privința propriei persoane) și principiul justiției, în sensul respectului pentru pacient și suferința lui, accesului echitabil la sănătate și resursele ei, sunt cele patru principii care guvernează relația medic-pacient și sistem medical-comunitate. Se adaugă principiului justiției confidențialitatea actului medical, evitarea discriminării în acordarea asistenței medicale și mai ales, echitate în ceea ce privește alocarea și accesul la resurse, fără nici un fel de discriminare.

Nu rareori în istorie aceste principii au fost sistematic încălcate în virtutea paternalismului medical, în sensul că medicul sau autoritatea medico-sanitară știe cel mai bine ce se cuvine pacientului, fără să țină cont de voința lui. În această abordare, nu numai că se încălcă principiile eticii medicale, dar se aduce atingere gravă drepturilor fundamentale ale omului, ceea ce se poate constitui într-un abuz veritabil. Aceiași situație o regăsim, din nefericire și în abordarea epidemiei de coronavirus, încă în evoluție la noi în țară, când majoritatea principiilor eticii medicale au fost încălcate. Relația medic-pacient a fost întreruptă brusc, prin limitarea activității medicale doar la abordarea infecției cu coronavirus și urgențelor medicale și chirurgicale.

Blocarea sistemului medical pentru patologia curentă și patologia cronică, au prejudiciat grav starea de sănătate a marii majorități a populației țării. Această atitudine face

trimitere și la aplicarea principiului justiției în alocarea resurselor și, în egală măsură, aduce atingere principiului nondiscriminării în această alocare.

Segmentul de populație care a avut neșansa să fie prinsă în zonele de foc ale Europei s-a trezit, la revenirea în țară, îngrădită sub aspectul libertăților fundamentale prin izolare la domiciliu sau carantinare instituționalizată sub pretextul contextului epidemiologic. Fără nici o formă de consimțământ (informat sau nu), depistarea pozitivă prin testul specific (deși are o marjă de eroare) era și este urmată de internarea obligatorie în spital pentru izolare și tratament, indiferent dacă simptomele sunt prezente sau nu.

Autonomia persoanei a fost încălcată neținându-se cont de opțiunea personală, mai ales că și opțiunea medicală (de bun simț) pentru purtătorii asimptomatici și formele ușoare sau chiar medii, este tratamentul la domiciliu, cu atât mai mult cu cât existau deja date de observație clinică că, deși contagiozitatea virusului este mare, virulența viza doar persoanele vârstnice cu comorbidități și comorbiditățile în general indiferent de vârstă.

Principiul de a nu face rău prin măsurile luate, direct sau indirect, a fost încălcat atunci când bună parte din cetățenii țării au fost forțați să se autoizoleze o perioadă suficient de lungă pentru a crea dificultăți majore pentru cel puțin două categorii de populație; vârstnicii și copiii. Pentru ambele categorii mișcarea (după cum bine se știe) este absolut esențială; pentru vârstnici – cu scopul menținerii tonusului vital, iar pentru copii – pentru dezvoltarea lor. Dincolo însă de impactul somatic, este puternicul impact asupra psihicului la toate vârstele; claustrare, stress, frică, panică, tensiune psihică cu manifestări nervoase care, nu rareori, încărcă atmosfera familială și nu numai. Anxietatea, depresia, nevroza sunt rezultatele unei asemenea situații, cu impact negativ atât asupra persoanelor aflate în atari situații, cât și a ambientului familial.

Un factor agravant a fost și impactul psihologic al massmediei, care a prezentat la unison și la modul catastrofic, scenariile apocaliptice și comentarii care mai mult înspăimântau decât încurajau, sporind astfel stressul cotidian. În acest context principiul binelui, atât de clamat pentru, și în numele protejării comunității, depășește cu mult binele individual, care apare ca fiind sacrificat pentru binele comun. Binele, nu numai că nu a mai fost o problemă individuală, a persoanei în cauză, ci chiar a fost preluat și gestionat de autoritatea de ordine publică și militară sub acoperirea ordonanțelor militare. Aplicarea acestui principiu nu mai aparține relației medic-pacient, care devine una cu tentă adversivă și nici relației comunitate – sistem medico sanitar, care de asemenea devine adversivă, ba mai mult, pune în discuție atât aspectul etic, cât și deontologic în activitatea de ocrotire a sănătății.

Binele individual vs binele colectiv în context epidemic

Acest bine este cu atât mai greu de înțeles, cu cât nu întotdeauna binele individual coincide cu binele colectiv. Este greu să-i explici unui pacient că internarea lui este în folos propriu sau al comunității, atâta timp cât este complet asimptomatic sau prezintă simptome minore, așa cum a fost cazul în celor peste 80% din infectați. Pentru că și magnitudinea procesului inflamator, până la urmă, se traduce într-o formă de boală a cărei manifestare va

depinde de fondul biologic al individului (limitat sau nu), în funcție de comorbiditățile pe care eventual le are, de capacitatea lui de reacție la agresiunea biologică, realizând în final percepția individuală a bolii. De aici variabilitatea individuală a manifestărilor clinice. Ceea ce pentru un individ înseamnă formă ușoară pentru altul poate însemna formă medie sau severă.

Cât privește contagiozitatea, ea se poate limita prin respectarea unor recomandări, pentru că, totuși, nu suntem o țară bananieră și avem exemplul unor țări care au aplicat cu succes acest procedeu. Apoi, nu trebuie pierdut din vedere că absolutizarea unor simptome, cum ar fi febra evidențiată prin termoscanare, este supusă unor erori pentru simplul motiv că originea ei are un spectru extrem de larg de cauze, prin urmare are o specificitate redusă. Această modalitate generalizată de depistare, aplicată ca în sectorul zootehnic și impusă de autorități, depășește cu mult principiul autonomiei (personhood) și crează o stare de insecuritate, pe lângă faptul că lezează profund intimitatea și demnitatea persoanei.

Nu mai rămâne decât ca o persoană să prezinte, întâmplător sau motivat, o temperatură de 37,5 ca să fie extrasă cu forța, interogată și supusă unor proceduri și umilințe care contravin drepturilor și libertăților fundamentale. Așa încât, reacția persoanei și a comunității sub aspectul respectării principiilor etice, este pe deplin justificată, pentru că una este recomandarea și informarea și cu totul altceva este obligativitatea cu impunerea unor norme care, nu rareori, se dovedesc nefondate, arbitrare, disproporționate și chiar contraproductive. Ca să nu mai reluăm problema ultimului principiu, cel al justiției în abordarea problemelor de sănătate ale pacientului și gestionării resurselor. Aici problema se pune sub aspectul echității în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate, a alocării și utilizării corecte a resurselor materiale.

Atâta timp cât sistemul de sănătate publică se blochează voit, orientându-se strict către o afecțiune, fie ea cunoscută sau necunoscută, endemică, epidemică, sau pandemică, se realizează o gravă discriminare pentru populația afectată de altă patologie, pornind de la cea curentă la cea cronică, a cărei abordare s-a limitat doar la rezolvarea urgențelor. Este greu de explicat blocarea celor 119.000 de paturi de spital timp de aproape trei luni, pentru spitalizarea a 20.000 de pacienți jumătate dintre ei asimptomatici, în timp ce în aceeași perioadă puteau fi spitalizate câteva sute de mii de pacienți cu probleme medicale reale.

Este evident că se realizează o discriminare, atât sub aspectul alocării resurselor cât și sub aspectul accesului la serviciile de sănătate. O evaluare corectă a acestor aspecte, mai ales sub aspectul consecințelor, va trebui făcută, deoarece nu este permisă sacrificarea unui segment de populație pentru că emoția și frica momentului impune, aparent, satisfacerea altor priorități.

Pandemia cu coronavirus din perspectivă bioetică

Dincolo de etica medicală, în creuzetul căreia s-a născut bioetica, ale cărei principii le-am schițat mai sus, sunt principiile bioeticii, care subscriu preponderent principiului utilitarismului. Doctrină discutabilă și interpretabilă, pentru că abordează problema drepturilor morale ale ființelor și mediului ca părți componente

ale ecosistemului în care omul trăiește și de care depinde existența lui.

Încă de la fondatorii bioeticii ca știință (Potter–Science of survival, 1970 și Calahan–Bioethics as a Discipline, 1973) s-a pus problema dacă lumea vie, alta decât omul și lumea materială, pot avea sau nu un statut moral. Pentru că singura ființă care poate statua și motiva pozitiv sau negativ moralitatea unui lucru sau fenomen, este omul. Or, dacă omul acordă un statut moral naturii nonumane, fie ea formă de viață (de la virus la animal) sau natură inanimată, trebuie să-i acorde și drepturi morale.

Sub acest aspect însă, atitudinea omului a fost diferită de-a lungul vremii. De pildă, codul lui Hamurabi (1750 î.e.n.) și viziunea hipocratică (500 î.e.n.) susțineau că animalele au un statut moral, prin urmare, trebuie protejate ca fiind trebuincioase, indiferent de condiția lor. Dimpotrivă, Aristotel (400 î.e.n.) considera că, indiferent cum ar fi tratate animalele de către om, atitudinea nu poate fi etchetată ca incorectă, pentru că animalele nu au un statut moral. Aceiași poziție o are și Thomas d'Aquino (sec XIII), care considera că animalele pot fi folosite de om pentru confortul său pentru că, oricum, au fost create pentru om.

Abia în sec al XVIII-lea Imanuel Kant va demonstra că, cruzimea față de animal are un efect negativ asupra comportamentului uman. Nu trebuie trecut cu vederea că legea veche, împlinită și promovată de Iisus Hristos, înlocuia jertfa animală sângeroasă adusă divinității prin simbolistica euharistică a vinului și pâinii, ceea ce avea să însemne foarte mult în viziunea omului despre lumea înconjurătoare. De atunci, creștinismul oferă orientare și moralitate în atitudinea față de viață și mediu (ca fiind obiecte ale creației), binecuvântând animalul din bătaură și natura înconjurătoare dătătoare de viață, prin ritualurile specifice acordându-le de fapt un statut moral.

Până la urmă statutul moral, din care decurge dreptul moral, este dat de valoarea intrinsecă a formelor de viață și a mediului în care trăiesc. Iar dacă luăm în considerare faptul că viața are înlănțuirea ei firească (fie și ca lanț trofic), indiferent de forma pe care o îmbracă, iar mediul de asemeni, ca bază și resursă existențială indiferent de forma sa, omul ca instanță morală are obligația de a le acorda un statut moral, din care vor decurge drepturile morale pe care bioetica este chemată să le gestioneze. Cu atât mai mult omul are dreptul de a i se respecta statutul moral și drepturile morale care decurg din acesta, în orice tip de societate sau regim care se consideră liberal și modern

Cum o face omul? Este discutabil, pentru că tortura animalelor, captivitatea lor în mediul privat sau organizat, vivisecția, ca și poluarea inconștientă a mediului și abuzarea lui irațională, sunt la ordinea zilei astăzi mai mult ca oricând. Mergând mai departe pe aceeași linie, bioetica este chemată să stabilească raporturile între om, animal și mediu, să aplice principiile eticii medicale la scara lumii animate și inanimate.

În acest context se poate vorbi de o etică a științei, o etică a cercetării, etica informației, etica socială, etica feministă, etica religioasă și, de ce nu, etica politică sau juridică. În același context, bioetica poate aduce clarificări în problemele spinoase ale momentului cum ar fi; biotehnologia, tehnologia genică, tehnologia clonării, tehnologia fertilizării, tehnologia transplantului de organe și țesuturi

etc. Lipsa limitelor în abordările din domeniul cercetării, ca și a standardelor științifice și morale în practicarea acestora, pot aduce prejudicii grave umanității, pentru că *"civilizația umană a devenit prea obtuză, prea grăbită și prea încinsă, o lume care se dizolvă"* după cum afirma Mathias Horx în *"Omenirea postcoronavirus"* (www.horx.com).

Ce e de făcut și care ar fi perspectiva?

Deja se poate considera că abordările științifice în cercetare și mai ales în intervențiile pe genomul ființelor viețuitoare au scăpat de sub control. De aceea, cel puțin în domeniul sănătății, Organizația Mondială a Sănătății este chemată să gestioneze, nu numai problemele sănătății la nivel planetar, ci să stabilească agenda cercetării în domeniul sănătății, să elaboreze politici de sănătate publică bazată pe dovezi științifice, precum și în elaborarea de norme și standarde universal valabile, nu numai în privința sănătății umane, ci și cea a mediului în care omul trăiește.

Cât reușește și cum se implică? este o problemă în dezbatere, mai ales în situația actuală când pandemia cu COVID 19 a generat o adevărată criză sanitară. O reevaluare a rolului și rostului acestei organizații este mai mult decât necesară, pentru că este singura structură la scară mondială sub tutela căreia întreaga cercetare în domeniul biotehnologiei ar putea fi pusă, indiferent pe teritoriul cărui stat se află. În felul acesta ar dispărea suspiciunile și incriminările, mai mult, cercetarea științifică s-ar desfășura în limitele moralei științifice și bioeticii.

Este zona în care bioeticianul își are cu necesitate locul, ca avocat al echității între om și mediul său de viață, în fața științei care tinde să domine și să submineze acest echilibru. El trebuie să reprezinte conștiința umană în fața asaltului științei pentru că *"știința fără conștiință este ruina sufletului"* spunea Françoise Rabelais încă de acum 500 de ani. În același sens, geneticianul și bioeticianul (de fapt fondatorul bioeticii românești) Constantin Maximilian, definea bioetica ca fiind *"punctul de întâlnire a tuturor celor care urmăresc destinul uman supus presiunilor științei"*.

Iată de ce, coborând la nivel național, mai ales în condiții epidemice, bioeticianul sau specialistul în bioetică, trebuie să-și găsească locul în echipa de lucru, pentru că el este cel chemat să aprecieze actul medical, oportunitatea acestuia, accesul la serviciile de sănătate, echitate în alocarea resurselor și respectarea principiile eticii medicale și bioeticii, în relație cu procedurile, vectorii de răspândire ai agentului patogen, implicațiile măsurilor instituite asupra individului și mediului în care trăiește. Am aici în vedere carnagiul printre galinacee indus de gripa aviară H5N1, sau între bovine cu ocazia virusului vacii nebune de teama că ar putea infecta omul.

Există deja un număr mare de lucrări, îndeosebi în literatura americană, în legătură cu rostul și rolul bioeticianului în contextul pandemiei COVID 19. Este un fapt firesc pentru această zonă a civilizației umane, ca bioeticianul să fie nelipsit din orice comisie cu preocupări în domeniul sănătății, al cărui cuvânt are greutate în cadrul acestor comisii. Am încercat să văd dacă în cele trei structuri (Comitetul Național pentru situații speciale de urgență, Comisia științifică anti Covid 19 și Comitetul Strategic de comunicare) care se ocupă de gestionarea epidemiei de coronavirus în țara noastră,

există vreun specialist în domeniul bioeticii. Ei bine, nu am găsit nici unul, deși avem o societate națională de profil (Societatea Română de Bioetică) cu specialiști de top și cu preocupări mai mult decât meritorii (vezi Revista Română de Bioetică).

Singura structură a cărei componență am găsit-o (indirect), a fost cea a Comisiei Științifice, de fapt intitulată "Comisia de Management Clinic și Epidemiologic", alcătuită din 17 membri (din care cinci membri invitați), între care doar patru infecționiști și doi epidemiologi în rest; cardiologi, chirurghi, urgențiști, pneumolog, hematolog și chiar endocrinolog. Nu știm ce pondere a avut această comisie în luarea deciziilor, dar după componența ei și modul cum a fost înălțurat singurul specialist de notorietate, profesorul Adrian Streinu Cerel (având la bază o răstălmăcire grosolană a recomandărilor sale), este ușor de intuit.

Pentru celelalte două structuri, care aveau misiunea de a ne gestiona viața și, de ce nu, destinul ca popor, nu am putut găsi nici măcar componența nominală. În schimb obiectivele pe care și le propuneau aveau încărcătura unui program plin de restricții, obligații, recomandări, evaluări, raportări ca și cum România se afla pe picior de război. Mai mult, implicarea politicului a fost mai mult decât evidentă, a fost de-a dreptul jenantă prin prestațiile lamentabile, dar amenințătoare, din partea unor personalități străine domeniului medico-sanitar, alături de o statistică macabră a evenimentelor medicale prezentate obsesiv, cu scopul de a menține starea de panică și tensiune publică.

În loc de încheiere

Acum când pandemia cu coronavirus se apropie de final și începe perioada evaluărilor, se vor trage desigur, concluzii interesante legate de vulnerabilitatea societății umane în fața unui pericol biologic (oricând posibil), atât prin posibilitățile sale limitate, cât mai ales prin capacitatea sa de răspuns; tardivă, haotică, inefficientă și panicardă. Desfășurarea acestei pandemii avea să conducă la o criză medico-sanitară fără precedent, în care cele mai bine cotate sisteme medicale din lume aveau să cadă unul după altul. Știința, oricât de avansată ar părea, nu a reușit să țină pasul cu evenimentele care au cuprins umanitatea în totalitatea ei, desigur, cu particularități zonale specifice care merită și trebuie să fie analizate.

Schemele terapeutice au fost mai degrabă empirice, bazate pe experiența anterioară (SARS CoV 1), în care deja plachenilul este cotelat ca inefficient, iar imunizarea pasivă prin plasmă obținută prin plasmafereză apare ca o noutate târziu, deși este cunoscută de mai bine de o sută de ani. Terapia anticoagulantă și suportul ventilator asistat, asociată cu terapie de susținere, au fost singurele mijloace terapeutice pe care spitalele le-au putut oferi prin serviciile de terapie intensivă. În rest, până știința va pune la punct un vaccin, virusul în cauză își va găsi locul în rândul virozelor respiratorii sezoniere, iar vaccinul va deveni de utilitate țintită pe populația vulnerabilă, dacă nu cumva va deveni și el o problemă comercială precum virusul gripal. Umanitatea va trebui să se obișnuiască cu un fenomen vechi de când lumea, fenomenul epidemic sau pandemic, a cărui ciclicitate istorică variază între 11 și 30 de ani, iar experiența istorică și abordarea științifică ar putea ajuta, fără excesele panice și restrictive experimentate cu ocazia actualei pandemii.

Comparându-ne cu statele din zona noastră geografică vom constata că, acolo unde restricțiile au fost mai laxe, rezultatele au fost mai bune (vezi cazul Bulgariei și a țărilor balcanice, ca și țările nordice). Vom constata că, în general, recomandările și mai ales restricțiile au adus peste tot atingere principiilor eticii medicale și bioeticii în general. Peste tot impactul psihologic a fost vizibil, iar importanța lui este mai degrabă din perspectiva relațiilor interumane, prin faptul că a condus la îndepărtarea omului față de om. Prejudiciul începe deja să se regăsească în afectarea comuniunii sociale care riscă să devină mai distantă și mai rece (vezi creșterea divorțialității, discriminarea vârstnicilor etc), cu repercursiuni asupra familiei și solidarității comunitare.

În acest context de criză două lucruri pot avea importanță; solidaritatea socială și încrederea instituțională (în autorități). Despre ce solidaritate socială putem vorbi atâta timp cât toate măsurile izolează omul, îndepărtându-l de comuniunea socială, fie ea umanitară, familială, culturală sau spirituală? Despre ce încredere instituțională poate fi vorba atâta timp cât instituțiile statului promovează panica, izolarea socială prin forță și măsuri abuzive, ignorând principiile eticii și gestionând haotic un fenomen care nu a depășit cu mult impactul unei gripe sezoniere?

Această distanțare fizică și izolare forțată conduc ineluctabil spre distanțare socială, care nu este altceva decât anticamera dezbinării sociale, într-un climat de suspiciune și rezervă față de aproape, însingurare și delațiune, într-un cuvânt, la o îndepărtare de valorile culturale, morale și spirituale ale neamului și, de ce nu, ale umanității. Este și climatul care oferă cale liberă structurilor și instituțiilor de forță, iar de aici până la o dictatură sanitară, sau militaro-sanitară, nu este decât un pas. De altfel s-a și văzut, cu asupra de măsură, în atitudinea autorităților față de biserică și ritualurile ei, prin măsurile și frustrările impuse acestei instituții fundamentale în istoria poporului român de niște personaje care, după cum se vede, nu au nici un reper spiritual.

Două remedii ar fi aici de luat în calcul și anume; prevenția și precauția. Între ele prevenția, în limitele bioeticii, trebuie să fie cheia de boltă în evitarea oricărei crize medico-sanitare. Pentru că prevenția presupune un risc dovedit științific, impune o abordare rațională, cunoaștere științifică, posibilități și facilități materiale de combatere utilizate cu discernământ. Mai puțin însă precauția, pentru că ea presupune un risc anticipat (care poate fi tendențios), sau intenționat presupus, nefundamentat științific, în care instituirea unor restricții pot fi în baza unui plan de acțiune prestabilit, ce poate aduce prejudicii grave normelor de etică, deschizând astfel calea abuzurilor.

La noi a fost mai degrabă o precauție nefundamentată științific, intenționat presupusă, care a antrenat o prevenție abuzivă, cu măsuri coercitive împotriva oricăror norme etice. De aceea, fundamentarea științifică a oricărei amenințări epidemice devine absolut obligatorie, iar plasarea acestora în cadrul normelor bioetice trebuie să prevaleze în adoptarea deciziilor. Or, acest deziderat fără bioetician nu poate fi îndeplinit, pentru că omul trăiește totuși într-un ambient în care echitatea, moralitatea și echilibrul sunt vitale.

(Bibliografia la autor.)

CONSIDERAȚII DESPRE NAC ÎN EPOCA SARS-COV2

Dr. Adrian Sorin Markus, Sighetu Marmației

INDICAȚIA clinică clasică a N-acetil-cisteinei este în toate afecțiunile generatoare de mucus vâscos, acționând ca mucolitic, respectiv în infecțiile acute respiratorii cu afectare traheobronșică, în bronșita cronică și BPOC și nu în ultimul rând în mucoviscidoză (caracterizată printr-o vâscozitate excesivă a mucusului secretat de glandele exocrine intestinale, pancreatice și bronșice determinată genetic autosomal recesiv). Însă dincolo de rolul mucolitic, NAC are numeroase alte funcții la care voi face referire în cele ce urmează.

N-acetil-cisteina (NAC) este un precursor al aminoacidului L-cisteină, având o grupare acetil legată de N din componența acestuia. În raport cu L-cisteina, această grupare acetil îi conferă moleculei o permeabilitate mai bună prin membranele biologice. L-cisteina are un avantaj structural față de alți aminoacizi reprezentat de prezența grupării -SH, care îi permite să polimerizeze câte 2 molecule prin punți disulfitice realizând un dipeptid: cistina. Toate structurile tridimensionale din organismul uman de natură proteică au în componența lor punți disulfitice, acestea sunt esențiale pentru ca orice proteină să-și poată exercita funcțiile. De asemenea, numeroase interacțiuni redox din organism sunt intermediare de punți disulfitice. Nu în ultimul rând, neutralizarea radicalilor liberi de oxigen (ROS=reactive oxygen species) rezultați din metabolismul energetic al oricărei celule (în cadrul lanțului transportor de oxigen) utilizează între alte molecule antioxidante (catalaza, superoxid-dismutaza, peroxidaza) glutationul care pentru a se regenera în forma redusă necesită cisteină (glutationul este un tripeptid care are în centru o moleculă de cisteină). Absolut toate procesele inflamatorii din organism generează cantități mari de ROS deoarece celulele implicate în inflamație sunt metabolic deosebit de active și prin urmare necesarul de glutation crește în cursul proceselor inflamatorii de orice etiologie.

Glutationul face parte din așa numitele molecule scavenger având un rol important în procesele de detoxifiere. Una din situațiile clinice celebre în care glutationul (și deci L-cisteina având ca sursă exogenă NAC) s-a dovedit indispensabil este intoxicația cu paracetamol, și prin urmare NAC este un veritabil antidot al paracetamolului.

Efectul mucolitic al NAC este explicat prin ruperea de către NAC a punților disulfitice din glicoproteinele de mucus. Mucusul devenit mai puțin vâscos poate fi îndepărtat fiziologic prin mișcările cililor mucoasei bronșice de exemplu. Legarea prin punți disulfitice nu este însă specifică mucusului. Un exemplu deloc insignifiant în care întâlnim legături disulfitice este adeziunea plachetară la endoteliul vascular: când se produce o leziune endotelială indiferent de cauza acesteia, factorul von Willebrand polimerizează prin punți disulfitice iar în polimerul rezultat înglobează trombocite și aderă

la celulele endoteliale lezate. Acest primum movens stă la baza activării cascadei coagulării pe calea endogenă, rezultatul fiind formarea de trombi intravasculari. Desigur ca putem acționa prin antiagregare plachetară sau prin anticoagulare pentru a preveni aceste tromboze intravasculare, însă mult mai puțin agresiv, ieftin și sigur este să acționăm cu ajutorul NAC (care este una din moleculele produse farmacologic cele mai ieftine și cu cele mai puține efecte secundare).

Desigur, acest mecanism de inițiere a trombozelor intravasculare este nespecific, el se poate întâlni de câte ori endoteliul vascular este agresat prin diferite mecanisme, însă aici ajungem la infecția cu SARS-Cov2. Să presupunem că acest virus infectează pe rând arborele respirator superior, trahee, bronșii, ajunge în interstițiul pulmonar (dând pneumonie interstițială inițial), ulterior afectează alveolele pulmonare prin condensare pulmonară și ajunge în microcirculația pulmonară. Pe celulele endoteliale găsește de acum celebrul receptor ACE-2 și blocându-i, generează un exces de angiotensină II și un deficit al degradării angiotensinei II la angiotensina 1-7. Aceste exces de angiotensină II duce la vasoconstricție excesivă, inflamație și așa cum am anticipat în aliniatul anterior, declanșarea pe cale intrinsecă a cascadei coagulării. De ce acest nou coronavirus (dacă clearance-ul său a fost inefficient în etapa respiratorie superioară și apoi în etapa de pneumonie) generează o vasculită acută a vaselor mici cu tromboze intravasculare? De ce alte virusuri produc mult mai rar complicații vasculare cu consecințe tromboembolice? Este clar ce are acest virus diferit față de alte virusuri respiratorii – tropismul pentru acest receptor ACE-2.

Cele mai de temut complicații ale infecției SARS-Cov2 sunt:

- furtuna de citokine prin hiperstimularea producției de IL-6 și derivarea răspunsului imun adaptiv spre calea mediată celular în detrimentul imunității umorale (inversarea raportului limfocitelor Th1/Th2 ce duce la activarea limfocitelor T citotoxice, pacientul având concomitent o hiperimunizare pe această cale T citotoxică și un deficit imun pe linia limfocitelor B și a producției de Imunoglobuline protective)
- vasculita vaselor mici cu complicațiile sale tromboembolice.

NAC poate să fie o speranță în ambele complicații sus menționate. Articolul de față se dorește o recapitulare succintă a fenomenelor biochimice și fiziopatologice care se intersectează cu NAC analizând că ar putea fi util în profilaxia și terapia celor 2 complicații sus menționate ale infecțiilor SARS-Cov2. Din cunoștințele mele acest produs farmacologic ieftin și inofensiv nu a fost obiectul unor studii mari în contextul SARS-Cov2 și ca atare articolul de față nu poate concluziona dacă

NAC este sau nu eficient, însă am simțit nevoia să atrag atenția asupra elementelor de biochimie și fiziopatologie unde NAC ar putea fi util administrat precoce unei persoane infectate SARS-Cov2.

Mortalitatea mare la diabeticii infectați cu SARS-Cov2 cât și la hipertensivi, decompensați cardiac ar putea fi explicată în acest context prin exacerbarea la aceste categorii de risc a stressului oxidativ, în cursul mecanismelor fiziopatologice ale acestor patologii elementul comun fiind deficitul cronic al mecanismelor antioxidante, cu o biodisponibilitate redusă a glutathionului. NAC ar putea fi o speranță la aceste categorii prin revigorarea glutathionului prin mecanismele sus menționate.

Ideea de bază că anumite molecule antioxidante ar putea fi utilizate pe scară largă la categoriile cu risc ca profilaxie cât și ca adjuvant la tratamentul vasculitei microtrombotice și al furtunii de citokine nu îmi aparține, există numeroase materiale audio-video care circulă legate de antioxidanți în această perioadă, însă în condițiile luptei contra cronometru pentru identi-

ficarea punctelor nevralgice de acțiune terapeutică în contextul infecțiilor SARS-Cov2 am dorit să punctez aceste considerații fiziopatologice, accentuând faptul că acest agent terapeutic ieftin și inofensiv ar merita mai multă atenție. Căutând materiale în susținerea acestei teorii am găsit un articol publicat în Thailand Medical News în 26 aprilie 2020 intitulat „BREAKING! COVID-19 Research: Russian Study Indicates That Glutathione Deficiency Affects COVID-19 Susceptibility, NAC Supplements Helps” care aduce în discuție articolul intitulat “Endogenous Deficiency of Glutathione as the Most Likely Cause of Serious Manifestations and Death in COVID-19 Patients” aparținând lui Alexey V. Polonikov.

Un alt articol face referire la eficacitatea glutathionului în ameliorarea dispneei din pneumonia SARS-Cov2: “Efficacy of Glutathione Therapy in Relieving Dyspnea Associated with COVID-19” al cărui autor principal este Richard Horowitz. Acest articol subliniază că NAC și glutathionul administrat iv blochează activarea NF-KappaB de către TNF alfa adresând furtuna de citokine.

EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE PRIN BIOREZONANȚĂ ȘI TERAPIA PRIN BIOFEEDBACK

Drd. Farm. Oana Pop, Baia Mare

CA SA PUTEAM defini biorezonanta magnetica trebuie sa intelegem modul de functionare si organizare a corpului uman. Corpul uman este format dintr-un numar foarte mare de celule care sunt intr-o continua miscare, dezvoltare, diferentiere, regenerare si degenerare. Stim ca toate celulele se reînnoiesc prin diviziune celulara (avem aproximativ 25 de milioane de celule la un adult care se divide în fiecare secunda iar la nivelul sangelui rata de multiplicare este de 100 de milioane de celule pe minut). In acest proces de diviziune si crestere electronii care orbiteaza în jurul nucleelor sunt incarcati electric si se misca cu o viteza foarte mare emitand constant unde electromagnetice (frecvente electrice, impulsuri electrice). Aceste unde electromagnetice emit semnale electrice in corpul nostru reflectand starea specifica de sanatate a organismului din acel moment. Aceste semnale sunt diferite in functie de starea de sanatate sau de boala a organismului. Noi putem interpreta aceste semnale electromagnetice prin Biorezonanta (cu ajutorul aparatelor de Biorezonanta) si astfel putem determina starea de sanatate a corpului.

Deci biorezonanta este un fenomen biofizic care are loc in organismul nostru si se refera la frecventele electromagnetice fundamentale de functionare celulara.

Biorezonanta face parte din cadrul medicinei energetice sau a medicinei cuantice.

Medicina cuantica este de parere ca motivul fundamental al imbolnavirii corpului este acela ca spinul electronilor din afara nucleelor se schimba impreuna cu orbita lor iar acest lucru duce la schimbarea atomilor, a biomoleculilor mari si mici, a celulelor si în final a organelor. Stim ca electronul este atat unda cat si corp incarcata electric, iar atunci când spinul si orbita lui se modifica, undele electromagne-

tice emise de atomi se vor modifica si ele. Aceste modificari energetice se intampla la un nivel foarte subtil sau ultrafina, nanogauss sau microgauss si, de aceea, este necesara utilizarea unor aparate specifice ce au la baza senzori ultrasensibili atent calibrati si softuri puternice pentru a capta si procesa aceste semnale emise de corp. Aceste date analizate prin intermediul echipamentului de biorezonanta pot fi transformate în informatii referitoare la sanatatea fizica dar si mentala, emotionala si spirituala a individului.

Cum functioneaza aparatul de biorezonanta si cum îl recunoastem

In primul rand trebuie sa va spun ca numai un specialist pregatit în domeniu poate evalua sanatatea noastra cu acest fel de aparat si numai un specialist poate face interpretarea corecta a informatiilor obtinute. De aceea sfatuiesc pe toata lumea sa apeleze întotdeauna la un specialist bine pregatit si cu o calificare profesionala specifica domeniului.

Aparatele de biorezonanta autentice au fost realizate după zeci de ani de cercetari în domeniul medicinei bioenergetice si bioresponsive.

Exista mai multe tipuri de aparate pe piata noastra, germane, americane, rusesti, chinezesti etc. Daca va alegeti bine terapeutul sau specialistul în domeniu veti ajunge la aparatul potrivit. Persoanele pregatite profesional la nivel înalt si responsabil vor lucra cu aparate autentice, de calitate, calibrate corect si de actualitate. Amatorii vor alege în functie de interese proprii.

In general putem spune ca echipamentul de biorezonanta contine aparatul propriu-zis, o serie de senzori care vor determina frecventele electromagnetice ale compo-

nentelor organismului (atomi, celule, biomoleculi, tesuturi, organe, sisteme), un calculator și un soft specific cu ajutorul cărui vor fi precesate informațiile provenite din măsurători. Senzorii pot fi mai mulți, aplicați la nivelul membrelor și al capului sau poate fi un singur senzor aplicat la nivelul mâinii. Există și sisteme cu casti pentru cap-urechi etc.

Măsurătorile obținute sunt comparate cu spectrul de rezonanță al standardului cuantic al bolilor și cu indicatorii nutriționali setați în instrument și baza de date a softului, iar apoi este afișată informația referitoare la valoarea cuantică, care poate fi pozitivă sau negativă. Mărima valorii cuantice indică natura și extinderea afecțiunii din organism sau a dezechilibrului funcțional. În continuare interpretăm aceste valori și stabilim protocolul de terapie în funcție de starea de sănătate sau de boala organismului. Exemplu: celulele canceroase sunt diferite de cele normale, de asemenea undele electromagnetice emise de celulele canceroase sunt diferite de undele electromagnetice emise de celulele normale, sănătoase. Biorezonanța cuantică testează tumoarea emitând unda standard a celulelor canceroase către individ. Dacă în corp există celule canceroase va apărea fenomenul biofizic de rezonanță iar aparatul va detecta semnalul electromagnetic. Cu cât există un număr mai mare de celule canceroase cu atât este mai intens semnalul detectat iar valoarea cuantică indică dezechilibrul energetic implicat. Dacă nu există celule canceroase, nu va apărea rezonanța iar valoarea cuantică va fi în intervalul de echilibru energetic.

Gradul de sensibilitate al aparatului este stabilit de așa manieră încât să detecteze cele mai timpurii semne ale vreunei boli sau dezechilibrului, pe care pacientul este posibil să nu le constientizeze. Deci dispozitivul rezonază cu miile de tesuturi, organe, nutrienți, toxine alergeni etc și înregistrează gradul la care reacționează corpul la acestea.

Care sunt avantajele și dezavantajele aplicării acestei metode de evaluare a sănătății

Testarea cu aparatul de biorezonanță are foarte multe avantaje, începând cu un cost scăzut, o durată relativ medie de analiză și interpretare de aproximativ o oră, determinarea însă se face între 2 și 5 minute:

- Procedura este neinvazivă și ecologică
- Nu se recoltează probe de sânge, nu e dureroasă, nu creează nici un disconfort
- Este o procedură sigură. Astfel pot beneficia de biorezonanță atât adulții cât și gravidele, copiii, bătrânii.

Dezavantajele are următoarele. Nu este recomandată în următoarele cazuri:

- Persoana poartă un stimulator cardiac (pacemaker)
- Are un stimulator al nervului vag (VNS-prevenirea crizelor de epilepsie)
- Are implanturi metalice în corp
- Are o sensibilitate dovedită la testarea prin această metodă

Care sunt domeniile de aplicare a biorezonanței și care sunt beneficiile pentru sănătate

Testarea cu aparatul de biorezonanță permite analiza unor parametri electrici importanți ai organismului și da

informații cu privire la:

- Starea sistemului imunitar al organismului
- Nivelul de stres fizic și psihic, capacitatea de control al stresului pe care îl are o persoană
- Nivelul de energie și oxigenarea celulară
- Starea fiziologică a florei intestinale
- Informații despre hormoni și neurotransmițători
- Predispoziția la alergii
- Profilul nutrițional, identificarea unor elemente importante necesare pentru digestia sănătoasă și terapia de slăbit unde este cazul
- Nivelul de vitamine, minerale, oligoelemente, aminoacizi, enzime, acizi grași nesaturați
- Tonusul muscular
- Prezența sau absența unor toxine și radiații electromagnetice în organism
- Riscuri de îmbolnăvire în general, predispoziții genetice
- Identificarea problemelor de sănătate la nivelul coloanei vertebrale și a sistemului osos în general
- Dezechilibre la nivel energetic, centrii energetice (chakre), starea meridianelor energetice, câmpuri energetice (aura)
- Identificarea emoțiilor nocive sănătății sau dezechilibrului emoțional (depresie, anxietate) și raționamentele greșite care afectează negativ sănătatea etc. (migrene, insomnii etc.)

Aparatul de biorezonanță este un instrument de evaluare globală a sănătății dar putem vorbi și despre o terapie prin biorezonanță

Da. Depinde de tipul de aparat. Există aparate care realizează o evaluare holistică a organismului uman, dar există și aparate care pot fi folosite pentru terapie (terapia cu frecvențe sau impulsuri electrice sau terapia biofeedback) și există aparate care fac ambele. De asemenea aparatul de biorezonanță ne oferă informații și sfaturi legate de cazul examinat, legat de suplimentele alimentare necesare, de necesitatea altor investigații ale organismului, legate de tipul de dietă și alimentele benefice pentru situația specifică a cazului examinat. Ne indică și ce alte terapii naturale se pot asocia.

Toate informațiile decelate cu aparatul pot fi interpretate doar de către specialist, altfel se pot produce erori de înțelegere cu consecințe negative asupra sănătății.

Aparatul de biorezonanță poate fi folosit pentru echilibrarea energetică a organismului și ca terapie adjuvantă pentru a mări varietatea de dezechilibre energetice și afecțiuni. Noi asociem terapia prin biorezonanță cu terapia naturală cu plante medicinale pentru un rezultat optim în rezolvarea problemelor de sănătate.

Astfel, ca terapie adjuvantă, putem avea beneficii în următoarele tipuri de afecțiuni cronice: cardiovasculare, hematologice, respiratorii, renale, neurologice, reumatice și inflamatorii, dermatologice, ginecologice, oncologice, disfuncții digestive, tulburări metabolice, dezechilibre endocrine, afecțiuni ale copiilor etc.

De asemenea putem ajuta detoxifierea organismului, corectarea carentelor de vitamine, minerale etc, stimularea memoriei și concentrării, creșterea performanțelor fizice și intelectuale, echilibrarea sistemului imunitar, reducerea și controlul stresului, rezolvarea unor dezechilibre emotionale și psihologice, stimularea limfatică și circulatorie, dezvoltare personală și elevare spiritală.

Cum se pregătesc pacienții pentru sedința de biorezonanță:

- este necesar să se evite consumul de băuturi alcoolice, cafea și băuturi energizante cu minim 2 zile înainte de testare
- la pacienții a căror sănătate le permite, și doar cu aprobarea medicului curant, se va întrerupe administrarea medicamentelor și suplimentelor alimentare cu 2 zile înainte de testare
- se va încerca adoptarea unui program regulat de somn și alimentație cu minim 2 zile înainte de testare
- dacă ați depus efort fizic cu o intensitate ridicată, se recomandă o perioadă de odihnă de minim 1-2 ore până la efectuarea unei testări
- momentul ideal de testare este acela între 2 mese, când pacientul nu este nici sătul, nici infometat
- pacienților li se recomandă purtarea unor haine comode, care să țină de cald și să nu fie prea strâmte
- pacienții sunt rugați să își scoată toate bijuteriile, obiectele metalice, aparatele de telecomunicație pe care le au asupra lor și să le pună într-un loc suficient de depart de senzorii de testare

- se recomandă adoptarea unei poziții comode, cu spatele drept și cu picioarele sau mâinile neîncrucișate
- pacienții sunt rugați să se relaxeze, să își mențină constant ritmul respirației, să nu vorbească, și să nu se miste foarte mult în timpul testării.

Ce altceva mai trebuie să știe persoanele care optează pentru o astfel de metodă de evaluare și terapie în domeniul sănătății

Este foarte IMPORTANT să știe că rezultatele testării cu aparatul de biorezonanță au scop de referință și nu constituie o concluzie de diagnostic. Aceste măsurători au rolul de a identifica dezechilibrele energetice ce pot evolua, în timp, spre afecțiuni cu manifestări clinice.

Astfel, testarea cu aparatul de biorezonanță este utilă în procesul de prevenție și atunci când se dorește identificarea setului de analize și investigații mai avansate ce ar putea depista afecțiuni încă din stadiul lor incipient. Pentru stabilirea unui diagnostic medical sunt necesare analize mai avansate precum și cele recomandate de medicul curant.

Suplimentele alimentare, recomandările nutriționale și sfaturile cu privire la stilul de viață au rolul de a completa tratamentul prescris de medicul curant, de aceea, adresați-vă acestuia înainte de a face orice modificare asupra schemei de tratament pe care o urmați.

Pacientul va completa un formular prin care recunoaște că a citit, înțeles și acceptat cele menționate aici și că își asumă responsabilitatea pentru eventualele situații nefavorabile aparute în urma modificărilor în schema de tratament efectuate fără consimțământul medicului curant.

BALBISMUL. CARACTERISTICI GENERALE ȘI PROGNOSTIC

Dr. Dorin-Gheorghe Triff, Baia Mare

ÎN PRACTICA medicului de familie și a medicului școlar colaborarea cu specialistul logoped, cu consilierul școlar, cu profesorii și cu părinții elevilor este esențială în reușita actului terapeutic, complex și asigurat în echipă, în școală și în afara acesteia.

Cunoașterea principalelor tulburări de vorbire poate ajuta la tratamentul precoce al acestora. Tratamentul instituit cât mai precoce, înaintea consolidării tulburărilor de vorbire este esențial pentru asigurarea unui prognostic.

Definiția. Bâlbâiala sau balbismul reprezintă o tulburare de limbaj caracterizată printr-o "așteptare anxioasă sau printr-o dificultate în emiterea sunetelor sau cuvintelor, prin repetarea sau prelungirea elementelor discursului, cu introducerea parazitărilor a unor foneme sau grupuri de foneme, însoțită de intervale de tăcere, prin reacții excesive de oboseală și tensiune" (Coman, M.M., 2009).

Prevalența balbismului la copii este într-un procentaj de 3-4%, iar la vârsta adultă acesta este de 1% din populația generală, raportul fete-băieți fiind de 1:3. În 98% din cazuri, debutul, are loc, frecvent insidios, înaintea vârstei de 10 ani urmat de o evoluție cu ameliorări și agravări. Prin conștientizarea dificultăților de vorbire copilul își dezvoltă reacții emoționale și mecanisme de evi-

tare a disfluențelor de vorbire. (Samochiș L., Rus L., Iftene F., 2011).

Caracteristici. Există două forme de balbism: clonic (repetiții ale silabelor inițiale) și tonic (imposibilitatea articulării primei silabe, ceea ce presupune grimase, crispări). Citirea lipsită de fluentă (disfluență) este o vorbire neclară și sacadată, discontinuă. În citirea și vorbirea elevilor cu bâlbâială apar trei tipuri de disfluențe: **1)** repetițiile (conțin foneme, silabe, cuvinte sau fragmente de cuvinte care includ o vocală); **2)** prelungirile sau alungirile (reprezintă alungirea anormală a timpului de pronunție a unor foneme, cu predilecție a celor continue, vocale, fricative, șuierătoare și siflante) fiind datorate unor blocaje care premerg pronunția și articularea fonemelor următoare sau unor fixări articulatorii sonore; **3)** pauzele (sunt întreruperi de o durată determinată în desfășurarea fluxului fonemic). Aceste discontinuități au următoarele caracteristici: apar atât în joncțiunea cuvintelor cât și în interiorul lor; trebuie să aibă o durată mai mare de 250 ms pentru a fi perceptibile; pot apărea pauze cu sunete neutre, de tipul cuvintelor de umplutură (fără semnificație comunicațională) sau interjecțiilor. Cele mai frecvente disfluențe apar la pronunțarea primelor cuvinte din propoziție. (Sabou, A., 2016).

Metode de intervenție. Bâlbâiala poate fi ameliorată cu ajutorul logopedului prin terapie cognitiv-comportamentală în două etape: înțelegerea bâlbâielii de către copilul cu această tulburare; restructurarea bâlbâielii la nivel cognitiv, emoțional și al vorbirii. Aceasta presupune că bâlbâitul își analizează, înțelege și conștientizează cognițiile sale referitor la bâlbâială; dorește să experimenteze bâlbâiala ca pe un gest corporal; dorește să învețe să-și controleze vorbirea. O tehnică recomandată este relaxarea, pentru gestionarea emoțiilor și a anxietății. Copilului i se poate sugera să se plaseze imaginativ într-un peisaj plăcut, să-și relaxeze mușchii corpului, prin concentrarea asupra respirației să o influențeze pentru a o face lentă și de tip abdominal (diaphragmatic), să iasă apoi lent din starea de relaxare (numărând până la 10). Reeducarea cadenței vorbirii are loc prin descompunerea și recompunerea secvenței de limbaj verbal repetitiv, în silabe, în cuvinte și în locuțiuni. Exersarea vorbirii poate avea loc prin repetarea unei poezii, a unui cântec sau numărare (lunile anului etc). Se pot efectua exerciții prin vorbire independentă, simultană,

reflectată astfel: vorbirea în diverse situații cu anturaj social; denumirea unor imagini și descrierea lor în cuvinte; povestiri libere; vorbirea în ritmul pianului, cântat și ritmat; formarea și pronunțarea unor propoziții scurte iar apoi a unora mai elaborate. În clasă sunt importante reacțiile celorlalți copii mai ales când copilul este stresat, obosit, fiind de încurajare și întăriri pozitive pentru a-i consolida stima de sine și dezvoltarea abilităților sociale și verbale. Copilul este bine să aibă sau să își formeze prieteni care să îl sprijine în situații dificile (Butta, M., 2016).

În concluzie, balbismul poate fi cel puțin ameliorat dacă nu vindecă iar factori importanți de prognostic sunt reprezentați de vechimea și închegarea-consolidarea tulburării, dorința copilului de ameliorare a tulburării, precocitatea intervenției ameliorative care include și implicarea anturajului familial, școlar, chiar și a cercului de prieteni și mai ales a specialiștilor între care medical școlar, medicul de familie și logopedul are un rol principal.

(Bibliografia la autor.)

INVESTIGAREA REACȚIILOR DE HIPERSENSIBILITATE IMEDIATĂ PERIOPERATORII

Dr. Gabriela Hirian, Baia Mare

REACȚIILE de hipersensibilitate imediată perioperatorii sunt rare și necesită investigații complexe pentru diagnosticarea lor.

Incidența acestor reacții diferă de la o țară la alta, variind între 1:353 și 1:18600 proceduri.

Ținând cont de prezența anumitor factori (utilizarea medicației multiple, existența alergiilor ascunse, prezența unei proceduri chirurgicale), diagnosticul pozitiv și diferențial al reacțiilor de hipersensibilitate perioperatorii necesită colaborarea interdisciplinară alergolog/imunolog-dermatolog-anestezist.

Etiologie:

Agenții blocanți neuromusculari reprezintă cea mai frecventă cauză a reacțiilor perioperatorii în anumite țări, cel mai des implicați fiind succinilcolina, rocuronium, atracurium. Utilizarea frecventă a folcodinei (antitusiv) sau a cosmeticelor ce conțin săruri de amoniu cuaternar poate explica reacțiile alergice apărute la prima administrare a blocanților neuromusculari (prin reacție încrucișată).

Antibioticele reprezintă 44-59% din etiologia reacțiilor perioperatorii IgE-mediate, în unele țări situându-se pe locurile unu sau doi în ceea ce privește această etiologie. Antibioticele β-lactamice (amoxicilina, cefazolin) și teicoplanina sunt cel mai frecvent implicate în reacțiile perioperatorii.

Opioides și antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS) sunt rar incriminate în reacțiile perioperatorii. Reacțiile la opioide au la bază un mecanism de activare nespecifică a mastocitelor cutanate, iar reacțiile încrucișate între diferitele clase de opioide sunt rare (există reacții încrucișate între morfină și codeină).

Anestezicele locale și generale determină rar reacții de hipersensibilitate.

Substanțele care cresc volumul plasmatic (gelatină, dextransi), **oxitocina** și **sugamadex**-ul au fost rar identificate ca fiind cauza unei reacții de hipersensibilitate perioperatorie.

Clorhexidina, latex-ul, etilen oxid-ul (la pacienții cu mielomeningocel sau la cei cu șunturi ventriculo-peritoneale), **coloranții albaștri** (ex: Patent Blue V utilizat la identificarea ganglionilor santinelă) și anumiți **excipienți** (metilceluloză, macrogol, polisorbati, manitol) sunt alți agenți etiologici implicați rar în reacțiile de hipersensibilitate perioperatorie.

Tablou clinic

Majoritatea reacțiilor de hipersensibilizare se manifestă în perioada de inducție a anesteziei, dar ele pot să apară în oricare dintre fazele perioperatorii. Suspiciunea unei astfel de reacții se bazează pe combinația dintre apariția simptomelor și a semnelor specifice, pe gravitatea acestora și pe timpul de reacție față de posibilul agent etiologic. Tabloul clinic poate fi modificat la pacienții aflați sub anestezie, fiind posibile următoarele manifestări:

- colaps cardiovascular sau stop cardiac izolat
- hipotensiune brusc instalată cu sau fără tahicardie sau hipotensiune ce nu răspunde la medicație vasopresoare
- bradicardie sau frecvență cardiacă neschimbată la pacienții cu terapie β-blocantă
- bradicardie paradoxală la pacienții cu hipovolemie extremă
- bronhospasm la pacienții cu hiperreactivitate bronșică
- semne cutanate absente la cazurile cu hipotensiune severă, acestea apărând în momentul echilibrării circulației sanguine
- semne gastrointestinale absente în cazul anesteziei generale, dar prezente în anestezia locală.

O clasificare a severității reacțiilor de hipersensibilizare ce pot apare în perioada perioperatorie (în funcție de simptomele și semnele prezente) este redată în următorul tabel:

Grad I - prezența semnelor doar la nivelul tegumentului sau mucoaselor

- eritem generalizat
- leziuni extensive de urticarie
- angioedem prezent sau absent

Grad II - prezența semnelor moderate ale organelor implicate

- semne tegumentare sau mucoase prezente
- ± hipotensiune ± tahicardie
- ± bronhospasm
- ± semne gastrointestinale

Grad III - prezența semnelor de pericol ale organelor implicate

- colaps cardio-vascular (hipotensiune critică)
- tahicardie sau bradicardie ± aritmie cardiacă
- ± bronhospasm
- ± semne tegumentare sau mucoase
- ± semne gastrointestinale

Grad IV - stop cardiac și/sau respirator

Diagnosticul diferențial (vezi tabel) trebuie efectuat în principal cu reacțiile nonalergice ce apar ca urmare a administrării medicației perioperatorii sau cu cele datorate actului chirurgical în sine. Aceste reacții implică de obicei manifestări din partea unui singur organ sau sistem, nivelul triptazei fiind normal.

Hipotensiune izolată fără creștere a triptazei serice

- supradozare relativă a medicației anestezice
- efect vasodilatator al blocadei neuroaxiale
- sindromul implantării de ciment osos
- embolie cu lichid amniotic
- embolie pulmonară
- tratament cu antidepressive triciclice
- hemoragie necontrolată
- alte tipuri de șoc

Bronhospasm izolat fără creștere a triptazei serice

- astm/BPOC nedagnosticat și/sau necontrolat
- hiperreactivitate bronșică
- anestezie insuficientă
- malpoziția sondei endotraheale
- aspirare

Angioedem izolat sau edem faringian/laringian fără creștere a triptazei serice

- edem al țesuturilor moi apărut în cadrul manipulării măștii laringiene sau la cei cu intubare dificilă
- angioedem la pacienții tratați cu IECA (inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei)
- angioedem ereditar sau dobândit

Simpptome cutanate izolate sau asociate cu hipotensiune și tahicardie, fără creștere a triptazei serice

- eliberare nespecifică de histamină
- exacerbarea angioedemului sau a urticariei cronice
- supradozare relativă de oxitocină
- sindromul de tracțiune mezenterică

Altele

- afecțiuni clonale sau non-clonale mastocitare

Investigațiile efectuate pentru diagnosticarea reacțiilor de hipersensibilitate perioperatorie au ca scop identificarea agentului etiologic și găsirea unei alternative terapeutice necesare efectuării anesteziei.

Aceste investigații se realizează în centre specializate, prin colaborarea medicului alergolog/imunolog și a specialistului ATI. Se vor lua în considerare atât medicamentele administrate în perioada perioperatorie, cât și substanțele cu care pacientul vine în contact pe tot parcursul acestei perioade (ex: anestezice locale sub formă de geluri sau spray-uri, substanțe dezinfectante, latex, etilen oxid, coloranți etc.). Este recomandat ca aceste investigații să fie făcute în intervalul 4 săptămâni - 4 luni de la momentul reacției, tratamentul cu corticosteroizi sistemici și antihistaminice anti-H1 necesitând întrerupere cu cel puțin cinci zile înainte. Tratamentul cu antidepressive și psihotice va fi întrerupt anterior investigațiilor acolo unde există și este posibil.

- **testarea cutanată** se începe cu efectuarea testului *prick* la nivelul antebrățului (fața volară), utilizându-se, pe lângă substanțele testate, un martor pozitiv și unul negativ de control. În cazul în care această reacție este pozitivă (papulă ≥ 3 mm înconjurată de eritem, comparativ cu martorul negativ) testul intradermic va fi evitat. Un test *prick* negativ sau neconcludent necesită efectuarea testului intradermic, folosindu-se diluții diferite în funcție de substanța testată. Testul cutanat intradermic constă în injectarea intradermică a 0,02 ml de soluție de testat la nivelul suprafeței volare a antebrățului, obținându-se o papulă cu diametrul de 3-5mm. Testul se citește la aproximativ 20 minute de la injectare, iar o mărire a papulei cu ≥ 3 mm față de diametrul inițial și apariția eritemului în jurul acesteia este echivalentă unui test pozitiv.

Tabelul de pe pagina alăturată sistematizează concentrațiile utilizate pentru efectuarea testului *prick* și intradermic la principalele medicamente sau substanțe utilizate în perioada perioperatorie.

- **testele *in vitro*** care se pot efectua în vederea stabilirii diagnosticului sunt:

- dozarea triptazei și a histaminei serice
- dozarea IgE specifice
- testul de activare a bazofilelor
- testul de eliberare a histaminei

Dozarea triptazei serice se face la 1-3 ore de la apariția reacției, iar o creștere a acesteia ($> 2 + 1,2 \times$ valoarea bazală a triptazei) reprezintă un indice important pentru stabilirea diagnosticului de reacție sistemică.

Dozarea histaminei serice se face rar având în vedere timpul de metabolizare rapid al acesteia și necesitatea unor laboratoare speciale.

Determinarea IgE specifice se poate face pentru un număr relativ mic de substanțe sau medicamente implicate în reacțiile de hipersensibilitate perioperatorie (ex: antibiotice β lactamice, agenți blocați neuromusculari, latex, clorhexidină, etilen oxid). Rezultatele pozitive vor fi coroborate cu datele anamnestice și respectiv ale altor teste diagnostice în vederea stabilirii diagnosticului pozitiv.

Testul de activare a bazofilelor poate fi efectuat pentru orice medicament, fiind util atât pentru stabilirea agentului etiologic, cât și pentru identificarea unei alternative terapeutice. Testul poate fi efectuat doar în laboratoare specializate.

Testul de eliberare a histaminei se poate face pentru orice medicament, dar și pentru substanțe solide (ex: catetere).

- **testul de provocare medicamentoasă** reprezintă testul cel mai important pentru stabilirea diagnosticului pozitiv. În cazul medicației perioperatorii acest test se poate efectua doar la un număr limitat de medicamente, ținând cont de

Medicament	Concentrația maximă noniritativă pentru test cutanat <i>prick</i>	Concentrația maximă noniritativă pentru test cutanat intradermic	Medicament	Concentrația maximă noniritativă pentru test cutanat <i>prick</i>	Concentrația maximă noniritativă pentru test cutanat intradermic
Agenți blocați neuromusculari			Anestezice intravenoase		
Atracuriu	1 mg/ml	0,01 mg/ml	Propofol	10 mg/ml	1 mg/ml
Cisatracuriu	2 mg/ml	0,02 mg/ml	Etomidat	2 mg/ml	0,2 mg/ml
Mivacuriu	0,2 mg/ml	0,002 mg/ml	Ketamina	100 mg/ml	0,1 mg/ml
Rocuroniu	10 mg/ml	0,05 mg/ml	S-Ketamina	25 mg/ml	0,25 mg/ml
Vecuroniu	4 mg/ml	0,04 mg/ml	Tiopental	25 mg/ml	2,5 mg/ml
Pancuroniu	2 mg/ml	0,02 mg/ml	Midazolam	5 mg/ml	0,05 mg/ml
Suxametoniu	10 mg/ml	0,1 mg/ml			
Agenți de inversare ai blocadei neuromusculare			Anestezice locale		
Sugammadex	100 mg/ml	10 mg/ml	Lidocaina	10 mg/ml	1 mg/ml
Opioide			Articaina	20 mg/ml	2 mg/ml
Fentanil	0,05 mg/ml	0,005 mg/ml	Prilocaina	20 mg/ml	2 mg/ml
Alfentanil	0,5 mg/ml	0,05 mg/ml	Bupivacaina	2,5 mg/ml	0,25 mg/ml
Sufentanil	0,005 mg/ml	0,0005 mg/ml	Levobupivacaina	7,5 mg/ml	0,75 mg/ml
Remifentanil	0,05 mg/ml	0,005 mg/ml	Mepivacaina	20 mg/ml	2 mg/ml
Morfina	1 mg/ml	0,005 mg/ml	Ropivacaina	10 mg/ml	1 mg/ml
Antiseptice			Anestezice locale (esteri)		
Povidone iodine (Betadine)	100 mg/ml	nu există	Cloroprocaina	10 mg/ml	1 mg/ml
Clorhexidina	5 mg/ml	0,02 mg/ml soluție incoloră, fără alcool, sterilă			
Substanțe care cresc volumul plasmatic			Aditivi		
Dextran	nu se face test cutanat (reacție IgG mediată)		Macrogol 300 3000 6000	nediluat 50% G/V 50% G/V	risc crescut pentru reacție sistemică la testul intradermic
Hidroxietilamidon	60 mg/ml	6 mg/ml	Polisorbat 80 Poloxamer 407	20% G/V 10% G/V	
Coloranți pentru ganglion santinelă			Carboximetilceluloza		
Albastru de metilen	10 mg/ml	0,1 mg/ml		1% G/V	
Patent blue	25 mg/ml	0,25 mg/ml			

acțiunea farmacologică a acestora. El se poate efectua doar pentru antiinflamatoarele nesteroidiene și pentru opioide.

Pentru stabilirea corectă a agentului etiologic este necesară pozitivarea a cel puțin două teste efectuate prin modalități diferite, având în vedere faptul că aceste teste nu au sensibilitate și specificitate de 100%.

Este totodată necesară identificarea unei alternative terapeutice astfel încât anestezia să se poată realiza.

În cazul în care testările efectuate sunt negative și nivelul triptazei este normal, medicația utilizată poate fi readministrată.

Pentru cazul în care testările sunt negative, dar nivelul triptazei a fost crescut este necesară o reevaluare (inclusiv pentru excipienți sau dezinfectanți) ce se poate efectua la 1-3 luni distanță de prima. Este totodată necesară și evaluarea pentru o posibilă afecțiune mastocitară monoclonală.

Cazurile ce necesită anestezie și la care această evaluare alergologică nu s-a putut efectua vor fi monitorizate

extrem de atent pe toată perioada perioperatorie, agentul etiologic posibil incriminat fiind exclus de la administrare.

Identificarea corectă a agentului etiologic va fi urmată de informarea pacientului și punerea la dispoziția acestuia a unui card sau altui dispozitiv inscripționat de avertizare.

Prevenția reacțiilor de hipersensibilitate perioperatorii poate fi făcută pentru un număr limitat de medicamente (opioide, agenți blocați neuromusculari, vancomicină, tiopental) și are ca scop reducerea eliberării de histamină din mastocite și bazofile. Se efectuează prin administrarea, cu 2-3 zile anterior anesteziei, a unor antihistaminice anti-H1 și este eficientă pentru reacțiile ușoare.

Este totodată indicată administrarea antibioticelor anterior anesteziei, diminuând astfel riscul apariției anafilaxiei (la aceste medicamente) pe parcursul anesteziei.

Nu este indicat screening preoperator medicamentos la pacienții care nu prezintă istoric pentru reacții perioperatorii.

(Bibliografia la autor.)

ACȚIUNEA CARCINOGENĂ A *HELICOBACTER PYLORI*

Stud. Denisa Jurje, Universitatea de Vest „Vasile Goldiș”, Arad

Helicobacter pylori reprezintă un factor de agresiune bacteriană asupra mucoasei gastro-duodenale. Este o bacterie microaerofilă, spiralată și flagelată ce face parte din categoria bacteriilor Gram negative. Atunci când colonizează mucoasa gastrică sau insulele de metaplazie gastrică din esofag, duoden sau diverticul Meckel se situează profund între stratul de mucus și suprafața apicală a celulelor epiteliale a mucoasei.

Epidemiologia infecției cu *Helicobacter pylori*

La nivel mondial, populațiile nord-europene și nord-americane, aproximativ o treime dintre adulți, sunt încă infectate, în timp ce în sudul și estul Europei, America de Sud și Asia, infecția cu *Helicobacter pylori* este adesea mai mare de 50%. *H. pylori* rămâne foarte răspândit la imigranții care provin din țări în curs de dezvoltare sau subdezvoltate. În România ultimele statistici indică prezența bacteriei la 70% din populație [4].

Factorii de risc pentru infecția cu *H. pylori* sunt: starea socio-economică precară, apa contaminată, locuințele aglomerate, standard de igienă redus. Condițiile socio-economice scăzute în copilărie sunt confirmate a fi cei mai importanți factori de risc pentru infecția cu *H. pylori*. Infecția apărută în copilărie de obicei persistă de-a lungul vieții și uneori poate fi asimptomatică sau se manifestă în diverse forme clinice precum gastrită sau ulcer gastro-duodenal.

Mai multe studii din literatura de specialitate se concentrează pe relația dintre infecția cu *H. pylori* și expunerea familială. În locuințele aglomerate, respectiv în familii cu membri numeroși, transmiterea este posibilă datorită contactelor interpersonal, dar și pentru că membri prezintă predispoziție genetică pentru infecția cu *Helicobacter pylori*. Transmiterea om la om a bacteriei se realizează prin trei posibilități: transmitere gastro-orală, fecal-orală, oral-orală.

Patogeneza *Helicobacter*-ului *pylori* în cancer gastric

Ph-ul acid gastric (1.5-3.5) în mod normal ar distruge orice bacterie ce ar încerca cantonarea mucoasei gastrice, dar *H. pylori* este un germen adaptat la mediul acid și la particularitățile mucoasei gastrice. Datorită formei și flagelului poate străbate stratul de mucus și se așează specific de structurile lipidice și de ganglioizidul GM3 din membranele celulelor mucoasei gastrice [1]. Principalii factori de patogenitate sunt constituiți din enzimele și citotoxinele pe care le secretă.

Ureea eliminată prin mucoasa gastrică este scindată de urează în amoniu creând astfel un mediu alcalin în jurul germenului, astfel protejându-l. Amoniu mai are și rol inhibitor asupra ciclului aciziilor tricarbocilici și metabolismului aerob al celulelor mucoasei gastrice.

După ce mediul din jurul germenului este propice acțiunii sale, acesta eliberează alte două enzime, fosfolipaza A și proteaza ce digeră mucusul și membrana apicală a celulelor mucoasei gastrice și duodenale.

Odată distrusă membrana apicală în celule vor pătrunde anumite citotoxine vacuolizante ce vor duce la formarea de vacuole în celulele mucoasei. Aceste citotoxine realizează mutațiile genelor reglatoare ale ciclului celular, deficiențe ale mecanismelor de reparare a ADN-ului, pierderea proprietăților adezive ale unei celule. Modificările epigene-

tice pot schimba comportamentul celulei care duce la autonomia celulară și la transformarea malignă. Aceste citotoxine sunt: citotoxina vacuolizantă A (*vac A*), proteina asociată citotoxinei (*cag A*), insula de patogenitate (*cag PAI*).

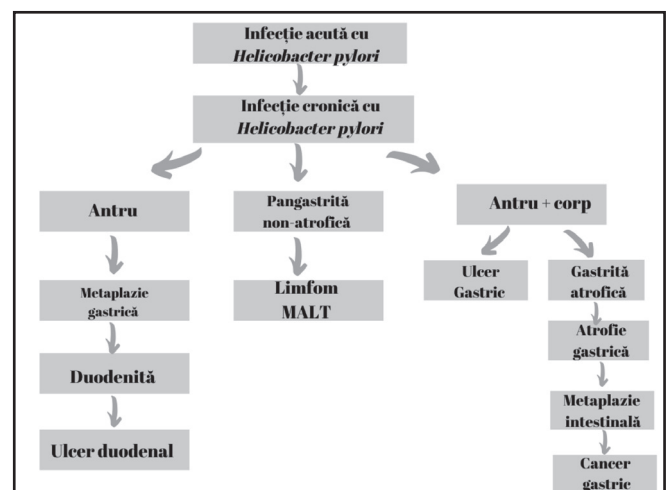
Cag A produce o reacție inflamatorie mai puternică care determină o progresie de la gastrită la atrofierea celulelor mucoasei glandulare și un risc mai mare de cancer gastric. *Cag A* și peptidoglicanul intră în celula epitelială printr-un sistem de secreție bacterian de tip IV codificat de *cag PAI*. *Cag A* induce mai multe căi de semnalizare celulară, cum ar fi cascada proteinei kinazei (*MAPK*) activată cu mitogen. Peptidoglicanul induce expresia NF- κ B și căile de semnalizare a fosfositotide-3 kinazei (*PI3K-AKT*) [6,8].

Vac A contribuie la persistarea infecției cu *H. pylori* prin perturbarea barierei celulelor epiteliale și suprimarea răspunsului celulelor T. Tulpinile *Vac A* care conțin alele s1/m1 sunt în special citotoxice și își produc efectul prin inducerea vacuolelor mari de acid intracelular în celulele epiteliale gastrice. În plus, *Vac A* poate ruina echilibrul proliferare-apoptoză prin activarea căilor de semnalizare intracelulare proinflamatorii și vizând mitocondriile, provocând apoptoza celulelor [6,8].

Infecția cu *H. pylori* produce un răspuns inflamator, ceea ce duce la numeroase celule modificate care, în decurs de câteva decenii, pot prezenta erori mitotice. Inflamația mucoasei gastrice se produce prin toxinele citopate și este întreținută de mediatori inflamatori potenți, cum sunt factorul activator plachetar, leucotriena B₄ și fosfolipaza A₂. Acești mediatori sunt puternic chemotactici și citotoxici și induc atragerea de neutrofile și monocite în mucoasa gastric generând leziunile inflamatorii active [1] (Fig. 1).

H. pylori intervine în etiopatogenia cancerului gastric în asociere cu alți factori. El induce gastrita atrofică cu metaplazie intestinală, care reprezintă leziuni premaligne. Alte afecțiuni cu risc crescut de cancer gastric sunt gastrita cronică atrofică a corpului gastric asociată cu anemie Biermer, ulcerul gastric (cancerul gastric se poate dezvolta pe un ulcer gastric preexistent constituind un ulcer-cancer), rezecția gastrică subtotală în antecedente, gastrita cu pliuri gigante Menetrier. Pe lângă leziunile precanceroase se mai

Fig 1: Modelul schematic al patogenezei *Helicobacter pylori*



adaugă și factorii genetici și familiali, de exemplu prezența grupului sanguin A sau mutațiile genei APC (gena polipozei adenomatoase familiale) și oncogenei ras.

Factorii alimentari precum consumul redus de fructe și legume proaspete, alimente conservate prin sare, uscare sau alimentele conservate deficitar, afumăturile, dietele bogate în hidrați de carbon cresc riscul de cancer gastric.

Nitriții și nitrații reprezintă constituenți de mediu ubiquitari, alimentari și non-alimentari, conținuți în legume, alimente conservate, apa de băut și sol. Nitrații sunt convertiți în nitriți de către bacteriile anaerobe din stomac. Nitriții pot reacționa cu amide și amine cu formare de compuși N-nitroso mai precis nitrosamide și nitrosamine ce au rol cancerigen [1]. O gastrită atrofică provocată de infecția cu *Helicobacter pylori* este caracterizată printr-un pH crescut ce conferă nitraților mediu propice pentru a se transforma în nitriți.

Conform unor studii publicate în anii 90 infecția cronică cu *H. pylori* conduce la dezvoltarea specifică la nivelul peretelui gastric, a țesutului limfoid de tip MALT, care poate fi la originea limfomului gastric [9]. Pacienții cu o boală în stadiu incipient au o remisiune completă cu tratamentul antibacterian și cei cu o boală mai extinsă (ulcerații, leziuni de masă submucoasă nodulară, invazie pe întregul perete sau limfa-

denopatie) au mai multe șanse să necesite terapie standard pentru limfom. Pacienții cu metaplazie intestinală trebuie testați și tratați pentru infecția cu *H. pylori*, deoarece metaplazia intestinală este un factor de risc independent pentru malignitatea gastrică. Adenocarcinomul gastric din infecția cu *H. pylori* se dezvoltă printr-o secvență de gastrită → atrofie → metaplazie intestinală → displazie → carcinom.

Se suspicionează că eradicarea infecției cu *H. pylori* poate suprima reparația ulcerelor peptice, poate induce remiterea limfoamelor de tip MALT ale stomacului și poate scădea rata de recurență după rezecția endoscopică a cancerului gastric precoce.

Concluzii

Infecția cu *H. pylori* are un rol important în carcinogeneza, dar nu realizează singură această funcție. Are nevoie de o serie de alți factori importanți precum leziunile precanceroase, predispoziție genetică și factori alimentari.

Cele mai bune metode preventive în carcinogeneza indusă de *H. pylori* pot fi obținute prin eradicarea *H. pylori*, modificări dietetice sau în stilul de viață, precum și o mai bună înțelegere a patogenezei moleculare.

(Bibliografia la autor.)

ROȘIILE (FAN QIE)

Dr. Marius Dan Pop, Kinetoterapeut Andrada Pop, Baia Mare

ROSIILE concurează cu citricele în privința conținutului de vitamina C, dar sunt bogate și în vitamina A și antioxidanți. Beta-carotenul, luteina și licopenul sunt trei dintre substanțele cu un rol important în detoxificarea organismului. Rosiile sunt bune pentru inimă și rinichi.

Rosiile conțin vitamine din grupul B care, alături de potasiu, reduc nivelul colesterolului și echilibrează tensiunea arterială. Consumul de roșii te poate ajuta, asadar, să întârzie apariția bolilor cardiovasculare, să scăzi riscul de infarct și de tromboză.

Rosiile au și efect diuretic, datorită antioxidanților din compoziție și a formei zemoase. Unele studii au arătat și că persoanele care consumă roșii au mai puține șanse să facă pietre la rinichi.

Mentă oazele sanatoase.

Efecte benefice pentru piele, par și unghii.

Antioxidanții din roșii îți pot curăța tenul acneic, mixt sau gras. Poți prepara o mască pentru față din pulpa roșiilor sau te poți clăti o dată pe săptămână cu suc de roșii. Pielea este ajutată și din interior, consumul regulat de roșii ajutând celulele din tegumente să se regenereze, grabind eliminarea toxinelor.

În ajutorul pielii, parului și unghiilor tale vine și vitamina A din roșii, care le va hidrata și întări.

Conform dieteticii tradiționale chineze, roșiile au o natură proaspătă și un gust acid și dulce, cu un tropism pentru stomac și ficat.

Sezonalitatea unei legume este importantă pentru a înțelege rolul său energetic, iar cel al roșiei este de obicei vara. Având în vedere aroma și natura sa, este ușor de înțeles cum roșiile susțin Yin și lichide. Această caracteristică, atât de utilă în estetică, poate deveni contraproductivă în timpul iernii, încât să deterioreze Yang-ul Stomacului și să compromită digestia, mai ales dacă roșiile sunt consumate crude. Datorită tropismului său, această legumă are capacitatea de a deschide stomacul și de a favoriza apetitul caracteristic care a făcut roșia omniprezentă pe mesele italiene și în toată lumea.

Pentru a evalua calitatea relativă și absolută a unui aliment, tradiția ia în considerare două caracteristici diferite. Primul este indicat cu termenul Zong: cu acest termen, în dietetică ne

referim la strămoși, la istoria unui loc, a unui popor și a unei familii. Pe lângă faptul că se referă la respectarea tradiției, această regulă fundamentală a dieteticii chineze se traduce prin conceptul din ce în ce mai important de nutriție de kilometri zero: consumul de alimente produse în zona geografică în care ne aflăm reduce foarte mult impactul asupra mediului importul forțat de produse alimentare din întreaga lume. A doua caracteristică este indicată de termenul Jing – esență. Jing-ul este mai abundent în alimentele proaspete, în legumele de sezon proaspăt culese, în peștele proaspăt prins, în varza și în ouăle proaspete, deoarece este consumat rapid cu orice mijloc de conservare. Pentru a profita la maximum de Jing, este de preferat să consumăm alimente locale bogate în Zong: o mulțime de fructe exotice care sosesc în cealaltă parte a lumii după ce petrecem săptămâni în frigiderul unei nave și ajungând apoi la mesele noastre după luni, va avea probabil Nivelurile Jing și Zong sunt mult mai mici decât cele ale unei roșii recoltate în Italia.

TABEL NUTRIȚIONAL PENTRU 100 DE GRAMURI

Valoarea energetică 20 kcal
Carbohidrat 3,5 grame
Proteine 1 grame
Grăsime 0,2 grame
Fibre 2 grame
Potasiu 300 mg
Fosfor 25 mg
Vitamina A 610 pg
Vitamina C 25 mg
Magneziu 10 mg



Istoria medicinei și farmaciei

DE LA PREMATURITATE LA... GENIALITATE!

Dr. George M. Gheorghe, București

MOTTO: *Omul de geniu are în conștiința valorii sale și în soliditatea gloriei dobândite, un fel de rezervație, în care orgoliul său îndreptățit se exercită și respiră fără să stingherească pe cineva.*

HONORÉ de BALZAC (1793-1850, scriitor romancier francez, autor a peste 100 de nuvele și romane, reunite sub titlul COMEDIA UMANĂ; pictor de moravuri și caractere, excepțional creator de tipuri vii, bine individualizate: GOBSECK, PIELEA de SAGRI, EUGÉNIE GRANDET, ȚĂRANII, ILUZII PIERDUTE etc.)

PROLOG

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS sau World Health Organization – WHO, cu sediul la Geneva, înființată în anul 1946, România fiind membră din 1948) este numit prematur, orice copil viu care la naștere are o greutate sub 2.500 gr. o lungime sub 45 cm și este născut înainte de vreme sau chiar la termen. Cuvântul este de origine latină – fiind echivalent și cu cel de timpuriu. În literatura medicală, ca și în viața curentă se citează și se întâlnesc uneori prematuri, cu o greutate la naștere, între 400-750 gr. și care supraviețuiesc, datorită tehnicilor moderne pediatrie (îndeosebi de puericultură), conjugate cu priceperea, abnegația personalului medical și incubatoarelor speciale. Frecvența prematurității este variabilă – cam 5-10% din toți nou-născuții și este mai mare în orașe decât la sate. Cauzele trebuie căutate în bolile generale ale viitoarei mame (boli infecțioase, de rinichi, de inimă, ale uterului, munca fizică prea grea în timpul sarcinii etc.). Pericolele de care sunt amenințați prematurii sunt datorate traumatismelor de la naștere (hemoragii, asfixie), lipsei de adaptare la condițiile vieții extrauterine, și a rezistenței la infecții. Semnele de prematuritate sunt morfologice (copilul este slab, are pielea uscată, zbârcită și acoperită cu un păr fin – lanugo – țesutul gras subcutanat este mult diminuat sau chiar absent, unghiile scurte, organele genitale rudimentare) și funcționale (respirația este frecventă și neregulată, strigătul este slab, copilul deshidratat, suge prost, înghite greu și are o toleranță digestivă redusă). Ne dăm deci seama cât de greu le este celor din sectorul medical să remonteze micuța ființă, datorită șanselor de supraviețuire reduse. Și totuși, printre cei ce trec acest greu prag, se redresează și se călesc pe parcursul vieții, au existat și genii, pe care îi voi prezenta în cele ce urmează.

• SIR ISAAC NEWTON, matematician, fizician și astronom englez de talie mondială (născut în anul 1642 la Woolsthorpe) este fondatorul mecanicii clasice (newtoniană), definindu-i noțiunile de bază și enunțând cele trei principii ale dinamicii, precum și mecanica cerească, prin descoperirea legii atracției universale (1687). De asemenea, a inventat și telescopul (1668), a adus contribuții mari în optică, a emis teoria corpusculară a luminii, a pus bazele

calculului infinitezimal și a dat formula binomului ce-i poartă numele. Se spune că la naștere era un copil extrem de plâpând și atât de mic, încât a încăput într-un vas de o litră și câțva timp a fost necesar, să i se susțină capul, cu o eșarfă legată în jurul gâtului. În preșcolăritate obosea ușor și era o fire singuratică, dar se amuza desenând și construind jucării mecanice. După vârsta de 12 ani intră în normalitate și se dovedește un bun și studios elev. De-a lungul vieții se realizează excepțional pe multiple planuri, devenind membru de vază și președinte al Societății Regale din Londra. Moare în anul 1727, în vârstă de 85 de ani.

• CUVIER GEORGES (1769-1832) dicționarul enciclopedic îl prezintă ca pe un eminent zoolog și paleontolog francez, de talie mondială, care a formulat legea corelației organelor, a clasificat pentru prima oară mamiferele, păsările, amfibiile și peștii, în grupul vertebratelor. Tot el este cel ce a explicat dispariția unor grupe de animale și apariția altora în trecutul geologic al Pământului, prin teoria cataclismelor. Dar puțini știu că el s-a născut prematur, fiind însă un copil dotat cu o inteligență ieșită din comun. Istoricii spun că, el s-a ocupat de „istoria naturală” încă de tânăr și, la 19 ani, când împrejurările l-au silit să-și câștige existența, a avut tăria să-și continue studiile într-o localitate pe malul mării, în casa unui elev al său. Acolo a stat 6 ani, dând lecții și scriind primele sale studii asupra anatomiei comparate, paleontologiei și a clasificării lumii animale. Datorită acestora, a fost excelent primit la Paris unde, de la vârsta de 25 de ani, a făcut o carieră strălucită. A fost membru al Academiei de Științe, unde a prezentat cu ocazia investiturii sale și „legea corelațiilor speciilor”. Principalele sale lucrări sunt: „Lecțiuni de anatomie comparată”, „Cercetări asupra osemintelor fosile”, „Regnul animal distribuit după organizarea sa”, „Istoria naturală a peștilor”.

• VICTOR HUGO (1802-1885) scriitor francez, născut la Besançon, prematur și despre care mama sa spunea că nu era mai mare decât un cuțit. Pus într-un fotoliu ce îi servea drept leagăn, aproape că nici nu se mai vedea. În viață, după nașterea sa, a fost ținut cu mare greutate, iar la 1 an și 5 luni, abia rostea câteva cuvinte. Această stare de lucruri a durat doar 3 ani, când, lucru fantastic, a fost dat la școală, la acea vârstă fragedă. În perioada de școlarizare s-a dovedit a fi un bun matematician, dar în același timp, citea și literatură clasică universală.

Teoretician al romantismului (prefață la drama Cromwell), la tinerețe, a devenit și partizan al monarhiei. Totuși a fost un adversar înfocat al lui NAPOLEON III. A trăit 18 ani în exil. Versurile sale sunt de factură epică, elogiind ideea de eliberare a popoarelor (Orientale), sau reconstituind în secvențe revelatorii, istoria civilizației umane (Legenda secolelor). Are și poeme satirice înfierând tirania (Pedepsele). Dramele prozei sale istorice, sunt specifice temperamentului său de revoltat (Hernani, Marion Delorme, Regele se amuză, Ruy Blas); în romanele sale evocă aspecte din viața societății pariziene (Notre Dame de Paris, Mizerabilii).

• TOÛLOUSE-LAUTREC HENRI de, (1864-1901) născut la Albi – Franța, vestit pictor și litograf, a fost și el un copil prematur și la care din nefericire, în anii copilăriei, s-au mai adăugat și două accidente, făcându-l un handicapat, care se mișca cu mare greutate. La fel și la vârsta adultă și maturitate. Se trăgea dintr-o familie nobilă, de conți dar, a preferat să trăiască departe de aceasta, în suburbiile pariziene, printre dansatoarele de cabaret și prostituate din bordeluri, care s-au reflectat în întreaga sa operă artistică. În celebrul Montmartre, participă activ la o viață neînfrânată de infirmitate. În pictura și desenul său, sunt prezentate dansatoarele de la Moulin Rouge și Jardin de Paris. Amintesc din celebrele sale realizări artistice: Călărețul de la circul Fernando (1888), De la Galette (1892), Toaleta (1886), Englezoaica de la Star (1899) etc.

• CHARLES ROBERT DARWIN, englez, întemeietorul biologiei științifice, fondatorul teoriei despre evoluția speciilor de plante și animale prin selecție naturală (1859), susținătorul originii animale a omului (1871). Născut în anul 1809 la Shrewsbury. A fost cel mai mic dintre cei cinci frați ai săi, prematur, având totodată și o copilărie singuratică. Îi plăcea să colinde pe câmp, să privească pomii, florile și animalele. Aceste antrenamente de mișcare în aer liber și studiere a naturii și-au pus amprenta asupra sănătății și viitorului omului de știință care, la vârsta de 22 ani participă ca reputat absolvent al Universității din Cambridge cercetător biolog, la o expediție în jurul lumii, la bordul corabiei Beagle. Se stinge din viață în anul 1882.

• VOLTAIRE – pe numele lui din acte, Francois Marie Arouet – s-a născut la Paris în anul 1694, fiind socotit în timp, ca mare gânditor și scriitor iluminist francez. La nașterea sa prematură abia mai respira și cei din casă se pregăteau să cheme preotul, odată cu medicul. Dar spre uimirea tuturor, a ieșit cu bine din primul an al vieții, deși de nenumărate ori a fost pe punctul de a muri. În copilărie a fost aproape un invalid, dar cu timpul a învins și s-a dezvoltat normal, fiind recunoscut mai târziu pentru energia sa debordantă. La 24 de ani își ia numele de Voltaire. Este închis de două ori la Bastilia, apoi exilat în Anglia. A fost oaspetele regelui prusac Frederic al II-lea. A scris poeme filozofice, epistole, satire, epigrame, poezii cât și tragedii (Mohamed, Zaira), romane istorice precum: „Istoria lui Carol al XII-lea” și „Secolul lui Ludovic al XIV-lea”. La vârsta de 75 de ani când a murit (1778), avea publicate peste 65 de opere, deosebit de valoroase, ce au rezistat peste secole.

De aceea, a-l aprecia pe Voltaire numai ca scriitor și „gânditor” francez, este mult prea puțin, chiar dacă aceasta este părerea criticilor literari de profesie, fie ei francezi ori români. Voltaire este un titan filozof, poet și scriitor istoric dar și satiric, un fel de justițiar, un partizan al dreptății sociale. Pornind de la genurile tradiționale ale clasicismului, ca tragedia („Zaira”, „Mahomet”, „Profetul” sau „Fanatismul”), epopeea („Henriada”), și până la poem („Poem despre dezastrul de la Lisabona”), el a scris și scânteietoare povestiri și romane satirico-filozofice („Zadig”, „Micromegas”, „Naivul”, „Candid”), pamflete, scrisori și celebrul „Dicționar filozofic” opere istorice. Și mai ales, în satira la adresa mai marilor țării – cu tot curajul și consecințele actului în sine – l-au făcut nemuritor la acest capitol, cu toate necazurile ce le-a avut, culminând cu închiderea sa în două reprize la celebra Bastilia.

De știut că, prima întemnițare a lui Voltaire, care a durat aproape 1 an la Bastilia, de la 17 mai 1717 la 11 aprilie 1718 s-a datorat învinuirii de a fi autorul a două pamflete, îndrep-

tate împotriva regentului Philippe d'Orleans, care guverna atunci în numele regelui minor Ludovic al XV-lea.

• ALPHONSE DE LAMARTINE, omul de litere francez, poetul și politicianul de prestigiu al secolului său, s-a născut în anul 1790 și era cel de-al șaselea copil al unei familii numeroase. Deși la început era plătând, plângăcios și mofturos, ca orice prematur, cu timpul își creionează personalitatea adultului de mâine... Copil fiind, încă debil, își impunea punctul de vedere cu multă dibăcie, întrezărindu-se parcă, în comportamentul lui, tactul viitorului diplomat. A scris Meditații poetice, Armonii poetice și religioase cât și lucrări de succes: „Graziella”, „Călătorie în Orient”, „Istoria girondinilor”. Moare în anul 1869.

• NAPOLEON I BONAPARTE, celebrul împărat al Franței, s-a născut prematur, la Ajaccio în Corsica în anul 1769, fiind socotit la timpul său și chiar și după, ca unul dintre cei mai străluciți comandanți militari din istorie. A avut o copilărie agitată, poate și datorită organismului său mai debil, cu un cap enorm care îl pune uneori în dificultate față de cei din jur. Dar ambiția și energia sa recunoscută, dragostea față de studiu, îndeosebi matematic, istoric, și geografic, l-au ajutat în viață. A murit în exil în anul 1821, pe insula Sf. Elena la vârsta de 51 de ani.

• JEAN JACQUES ROUSSEAU (1712-1778), scriitor și filozof francez, născut la Geneva, prematur și căruia, deși familia și moașa i-au acordat puține șanse de viață, el a ajuns totuși o celebritate. Dintre scrierile sale amintesc: „Contractul social”, „Despre educație”, „Confesiuni” etc.

• GIUSEPPE VERDI (1813-1901), compozitor de geniu italian, s-a născut în anul 1813 în cătunul Le Roncole al orașelului Busseto, aflat la 30 km de Parma, ce făcea pe atunci parte din imperiul lui Napoleon. Era cu puține zile înaintea dezastrului napoleonian de pe câmpia Leipzighului și tatăl micului Giuseppe – și așa speriat că i se născuse fiul înainte de vreme – l-a declarat la primărie cu prenume italian. Din păcate, funcționarul francez l-a franțuzit cu cel de Yoseph. Pe de altă parte, și data de 10 octombrie 1813, a fost contestată mai târziu de marele compozitor, aflând de la țărani printre care crescuse de mic copil, că toate aceste încurcături au fost din cauza războiului. Istoria lui Verdi începe într-o căsuță de țară modestă, unde ani de-a rândul se refugia de vuietul și viața trepidantă a orașului. Creația lui artistică muzicală l-a înălțat pe cele mai înalte culmi ale afirmării, el fiind socotit pe drept, unul dintre cei mai proeminenți reprezentanți ai teatrului liric cu capodoperele sale: „Ernani”, „Rigoletto”, „Trubadurul”, „Traviata”, „Aida” etc. Muzicologi precum Richard Petzold spun că „în operele sale, în care acțiunea urmărește verdictul situațiilor și-al caracterelor, vocea rămâne principalul mijloc de talmăcire a stărilor sufletești, cu ajutorul unei melodii generoase” (în arii, duete, ansambluri, coruri).

• PROFESOR DOCTOR ALEXANDRA BELLOW, cetățeană americană de origine română, născută în România și parese că la București în anul 1935, cadru didactic specializat în matematici superioare și cu predare, mai întâi la Universitatea Northwestern din Chicago, fiica profesorilor universitari medici, Dumitru Bagdasar (întemeietorul neurochirurgiei moderne românești) și Florica Bagdasar (profesoară universitară de neuropsihiatrie infantilă și vicepreședintă la Consiliul Național al Crucii Roșii), ambii părinți fiind pe rând și miniștrii ai sănătății. Dar din nefericire, deși mari personalități ale medicinei românești, au fost dați uitării și ei au murit de o boală incurabilă,

mai întâi Dumitru Bagdasar (academician postmortem) în 1946, apoi Florica Bagdasar în 1978. Ca o paranteză, la 24 aprilie 2004, au fost comemorați de către Asociația Medicilor și Farmaciștilor Ofițeri de Rezervă. Fiica lor, azi distinsă profesoară universitară în domeniul matematicii și informaticii și premiată de nenumărate ori, având ca personalitate și o invitație specială la Stockholm în 1976, la decernarea unui Premiu Nobel (mare bucurie și pentru românii din diaspora americană și suedeză, dar și pentru cei din țară).

Și așa cum declara nu de mult – într-o confesiune de credință – prof. dr. Alexandra Bellow, care s-a născut prematur, la șapte luni, era cât pe-acți, ca evenimentul să se deruleze în trenul ce venea de la Sinaia, unde părinții se aflau pentru câteva zile de concediu. Dar anii au trecut și la vârsta majoratului, ea se afla deja în SUA cu o bursă specială de studii matematice și fiind excepțional de bine pregătită și cu vocație anume, a pășit pe drumul consacrării. Cine ar fi crezut, atunci când s-a născut prematur și cu o greutate subnormală, că micuța ființă, „un boț de carne cu suflet”, cum glumeau mai târziu cu ea părinții, o să ajungă o mare personalitate? Și unde? Peste Ocean, în SUA și apoi peste tot, în lumea cifrelor și complexelor calcule matematice.

• IULIU BARAȘ (1815-1863) medic român, născut la Brodi, pediatru reputat, publicist, educator de sănătate și profesor de științe naturale la câteva școli bucureștene. Militează și pentru înființarea unei Societăți științifice medicale în Muntenia în anul 1857, similare celei ieșene. Totodată, el este și susținător al generalului dr. Carol Davila în tot ceea ce înfăptuiește în domeniul organizării

medicinii românești. Dar marele său merit este acela al înființării primului spital de copii din România – așa cum îl prezintă prof. dr. Valeriu I. Bologa și dr. Samuil Izsak în lucrările lor de specialitate. Spital ce și-a deschis porțile într-o casă a lui Baraș, având la început un număr de 40 de paturi. De reținut că în perioada cât a fost medic în jud. Dolj l-a impresionat numărul copiilor născuți prematur și cauzele lor.

EPILOG

• Nașterea prematură este o cauză importantă de deces a nou-născuților din întreaga lume, cca 15 milioane născându-se anual, în acest context. Șansa de supraviețuire la mai puțin de 23 de săptămâni fiind de zero, în timp ce, de la 24 de săptămâni ea este de 15%, crescând apoi proporțional cu cele în plus.

Excepțiile încadrându-se, nu în destin ci, în înaltul profesionalism medical și aparaturii medicale de ultimă generație. Este cazul unui bebeluș din Armenia care la naștere cântărea doar 274 grame și 350 gr. cel din Japonia.

• Corespunzător cercetărilor medicale în domeniu din nou-născuții prematuri din anii 2009-2015, având o greutate în jur de 350-450 grame, au supraviețuit doar 23, patru băieți și 19 fete. Este totuși o performanță ce merită a fi subliniată, demonstrând abnegația medicilor, priceperea și spiritul de luptători neobosiți hipocratici, pe frontul vieții...

Neomițând și preocupările în domeniu, ale Școlii medicale românești din centrele universitare: București, Cluj, Iași, Timișoara, Tg. Mureș și Craiova. Cinste lor!

CALENDAR 2020 DE ISTORIA MEDICINEI ȘI FARMACIEI (II)

Farm. pr. Maria Gabriela Suliman, București (SRIF, ISHP)
Ist. Antoaneta Lucasciuc, București (SRIM, ISHM)

O viață pentru o profesie

1820, mai 12, Florența (200 ani) – S-a născut **Lady Florence Nightingale**, fondatoarea Crucii Roșii Internaționale și a nursingului modern.

Prin tot ce a realizat în timpul vieții sale, cu sacrificii și eforturi de profesionalizare a personalului de îngrijire a bolnavilor, atât în timp de război (1853-1856, Crimeea) cât și în timp de pace (**1860**, Londra, înființarea primei Școli de Nursing din lume), Florence Nightingale a ajuns să aducă nursa (infirmiera – în lb. franceză sau sora, asistentă în nomenclatura din țara noastră) pe un loc stabil și apreciat în ierarhia slujitorilor sănătății.

Periplu: Heidelberg-Viena-Lemberg-Iași

1825, apr. 14, Heidelberg (195 ani) – A fost eliberat un pașaport „pentru dl. Iacob v. Czihac, dr. medic, însoțit de soția sa și copil”. Prin acest document avem confirmarea rutei dr. I. Czihac, care s-a îndreptat spre Moldova, „unde a ajuns în 12 iunie **1825** (în pașaport pe 21 iunie se afla viza unei agenții austriece din Iași)”. În vol. „Iacob Czihac” semnat de dr. Paul Pruteanu se citează din pașaport un

itinerar mult mai lung și cu mai multe reședințe prin care a trecut I. Czihac până a sosit la Iași. În scrisorile sale de mai târziu dr. Czihac scria: „*M-am stabilit la Iași ca medic și am avut norocul ca din primele zile să închei cu vindecarea mamei o operație obstetricală (de embriotomie)*”, care s-a finalizat cu succes și care i-a adus multă considerație și clientelă. El rămâne inițiatorul și fondatorul asociației „*Jassyer medicinischer Leseverein*” („Cercul medical de lectură din Iași”), instituit cu dr. Mihail Zotta și alți câțiva medici și spîțeri (**1830**, ian.) [1].

Un spîțer angajat al Spitalului „Iubirea de oameni”

1855, apr. 22, București (165 ani) – Spîțerul **Johann Greff**, proprietar al farmaciei „*Foișorul de Foc*”, adresează „o jalbă în care-și enumeră serviciile onorifice pe care le-a adus Spitalului Filantropia, încă de la înființarea sa, când îngrijea și bolnavii dar procura și medicamente” [2].

Manuale de farmacie

1890, apr. 27, București (130 ani) – Adunarea generală a Societății de Farmacie își dă girul pentru vânzarea <ce-

lui de-al doilea volum din importanta lucrare a colegului nostru I. Berberianu „Examenul de Asistent în Farmacie”>.

În „Revista Farmaciei” (1900) se menționează: „core-spunde cerințelor actuale și că este astfel întocmită încât poate servi cu succes la pregătirea elevilor pentru examenul de asistent (...) această carte cuprinde toate cunoștințele ce trebuie să poseadă un asistent în farmacie”. Totodată, președintele Societății Farmaciștilor din România, D.I. Roșu, mulțumește autorului „pentru felul și munca depusă, contribuția cu acest opus la îndrumarea tineretului farmacist pe o cale științifică, modernă, practică și folositoare în cariera acestuia” [3].

Viața și activitatea unui mare umanist

†2005, apr. 2, sâmbătă, Vatican – 15 ani de când a trecut la Domnul, **Papa Ioan Paul al II-lea**, ales la Vatican în 16 oct. 1978 și 100 ani de la nașterea lui **Karol Józef Wojtyła (1920, mai 18, Wadowice, Polonia)**.

El a stat în scaunul pontifical un număr de 27 de ani, considerat „a fi fost unul dintre cei mai longevivi Papi din istorie”. Totodată trebuie să știm că Papa Ioan Paul al II-lea a fost și primul suveran polonez, Biserica Catolică având prin el, și un rol activ în politica mondială dar mai cu seamă în democratizarea țării natale, Polonia. Sfântul Părinte, a fost și poet: poetul Karol Wojtyła a afirmat că „poezia este călăuză sufletelor spre Dumnezeu”. În poezia „Iubirea totul mi-a explicat”, este cu-adevărat un imn de preamărire al acestui sentiment uman, legat de Hristos, fiul lui Dumnezeu, care prin iubire „pe oriunde trecea, binele în lume îl făcea” [4].

Un sfert de veac de la a XXIX-a Reuniune Națională de Istoria Medicinii

1995, mai 26-27, Cercul Militar Național, București (25 ani) – Cu ocazia împlinirii a 50 de ani de la sfârșitul celui de-al Doilea Război Mondial a avut loc a XXIX-a Reuniune Națională de Istoria Medicinii cu tema: „*Serviciul Medical Român în al Doilea Război Mondial*”, organizată de Academia de Științe Medicale; Asociația Medicală Română (AMR) – Societatea Română de Istoria Medicinii (SRIM); Uniunea Medicală Balcanică – Secția Națională Română; Asociația Medicilor și Farmaciștilor Militari din România (AMFMR); Asociația Medicilor și Farmaciștilor Ofițeri de Rezervă (AMFOR); Ministerul Apărării Naționale – Direcția Medicală; Asociația Națională a Veteranilor de război; Institutul de Studii Operativ-Strategice și de Istorie Militară.

Ziua internațională a patologiei Parkinson

2005, apr. 11, Luxemburg (15 ani) – Ziua Internațională de luptă împotriva bolii Parkinson, data de 11 apr. fiind ziua de naștere a medicului James Parkinson, care a descris pentru prima oară această boală în lucrarea sa „*Eseu despre paralizia tremurătoare*” (1817).

Asociația Anti Parkinson din România a fost înființată (fondată) de ing. Dan Raican [5].

Primul transplant hepatic

2000, apr. 15, Spitalul Fundeni, București (20 ani) – A fost realizat prima dată în România „*transplantul hepatic cu supravețuirea bolnavului*”, de prof. dr. Irinel Popescu (șef al Clinicii de Chirurgie și Transplant Hepatic de la Institutul Clinic Fundeni, Președinte al Academiei de Științe Medicale și Expert al Consiliului Europei în probleme de

de transplant) în colaborare cu dr. Victor Zota și colegii de la Agenția Națională de Transplant [6].

2005, apr., România (15 ani) – Se sărbătorește urmând modelul european Ziua Națională a Transplantului [7].

Ziua Mondială a Astmului

2020, mai 5 – Sloganul: „*STOP deceselor cauzate de astm!*”

Ziua Mondială a Astmului este marcată din 1998, în fiecare an, în prima zi de marți a lunii mai; evenimentul, organizat de către Inițiativa Globală pentru Astm (Global Initiative for Asthma – GINA), are ca obiectiv creșterea nivelului de conștientizare asupra astmului și îmbunătățirea gradului de îngrijire și tratament.

În contextul pandemiei COVID-19, Societatea Română de Alergologie și Imunologie Clinică (SRAIC) și Societatea Română de Pneumologie (SRP) atrag atenția asupra cum afectează această situație excepțională în care ne aflăm persoanele care suferă de astm. „Este extrem de important ca pacienții cu astm să evite în această perioadă complicațiile și să fie foarte responsabili în ceea ce privește tratamentul. Îi rog să nu își întrerupă terapia. Și mă refer atât la medicația inhalatoare care cuprinde și corticoizi inhalatori, cât și la agenții biologici. Întreruperea tratamentului duce frecvent la agravarea astmului, ceea ce poate pune în pericol viața pacientului. Conceptul de prevenire a complicațiilor are acum o nouă dimensiune. Devine evident pentru tot mai multă lume ce înseamnă terapie intensivă și ventilație asistată” spune prof. dr. Ruxandra Ulmeanu, președintele Societății Române de Pneumologie [8].

Comemorări

†**1900, iunie 26, Leordeni, jud. Argeș** – 120 ani de la moartea prof. univ. dr. **Nicolae I. Kretzulescu** (n. 1812, martie 1, București), animator al vieții culturale românești, diplomat și om politic

N. Kretzulescu s-a născut într-o familie veche boierească, străbunicul său, vornicul Iordache Kretzulescu a fost ctitorul Bisericii Kretzulescu (1722) din București. După studii făcute acasă cu profesori greci și francezi, și-a luat bacalaureatul la Paris (1835); a urmat cursurile Facultății de Medicină, luându-și doctoratul în medicină și chirurgie cu tema „*Questions sur les diverses branches des sciences médicales; quelles sont les circonstances générales qui ont le plus d'actions sur les appareils*” (21.06.1839).

A fost „*cel dintâi doctor în medicină de naționalitate română în Muntenia*” când a fost numit medic al vâpșelei de Negru din București (1840, feb. 13), refuzând slujba de protomedic din partea domnitorului Alexandru Ghica.

„*A fost numit profesor cu leafă hotărâtă prin buget de cinstita epitropie, când s-a făcut deschiderea Școlii de chirurgie cea mică*”, într-una din sălile Spitalului Colțea, în prezența domnitorului, a guvernului și a doctorilor mai de seamă din București, într-o atmosferă sărbătorească (1842, ian. 19); elevii acestei prime școli erau bărbierii din Capitală, obligați să vină la cursuri; examenul de sfârșit de an s-a ținut în 2 feb. 1843 iar „*Vestitorul românesc*” a avut numai cuvinte de laudă pentru profesor „*și examenul care nu s-a mai văzut în țară*”.

Dr. N. Kretzulescu a tradus pentru elevii săi, după dr. Fr. Em. Foderé „*Manual pentru îngrijitorii și îngrijitoarele*

de bolnavi și de femei lehuze, pentru moașe și pentru mamele de familie îndeobște”, 1842, Tipografia lui Eliade; în speranța celui de al doilea an școlar, a publicat *“Manualul de anatomie descriptivă”* (1843).

Din cauza schimbărilor politice de la conducerea Eforiei, s-au modificat și condițiile de bună administrare a Școlii de mică chirurgie, care l-au făcut să-și dea demisia; a participat ca membru al comisiei de redactare a Constituției Țării Românești, la Revoluția de la 1848, exilat după reprimarea revoluției, a profesat medicina la spitalul militar Kuleli din Istanbul. După revenirea din exil (1849) a lucrat la Spitalul Colțea (1851–1854) și la Spitalul Pantelimon; în 1857 a sprijinit înființarea de către Carol Davila a Școlii Naționale de Medicină și Farmacie din București și a fondat *“Societatea Medicală Științifică”* al cărei președinte a fost; a inițiat primul recensământ al populației din România și a întemeiat primele Consilii de Igienă și Salubritate. Considerat inițiatorul învățământului medical în țara noastră, pentru că a acordat o deosebită importanță manualelor de învățământ, și unul dintre creatorii de seamă ai lexicului medical românesc, opera sa de bază fiind *“Manual de anatomie descriptivă”* (1843), a doua ediție, mult mărită și îmbogățită, având trei volume (1878; 1884; 1888).

A fost unul din cei mai apropiați colaboratori ai domnitorului Al. I. Cuza, având un rol important, în opera de unificare a instituțiilor administrative (constituirea Ministerelor de Interne și de Externe, unificarea oficiilor statistice ale Moldovei și Țării Românești, a serviciilor sanitare, ale Poștelor, ale Arhivelor Statului, pregătirea secularizării averilor mănăstirești, legea administrării comunelor rurale) și în crearea unor instituții culturale și științifice (*“Muzeul de Antichități”* din București și Societatea culturală *“Ateneul Român”*). A fost ministru de interne (1862, iunie 24 – 1863, oct. 11); prim-ministru (1862, iunie 24 – 1863, oct. 11; 1865, iunie 14 – 1866, feb. 11); senator (1867); deputat (1870); agent diplomatic la Berlin (1873–1876); trimis extraordinar și ministru plenipotențiar la Roma (1880–1881), Sankt Petersburg (1881–1886) și Paris (1891–1893); președinte al Senatului (1889, dec. 13 – 1890, nov. 7); membru titular (1871) și președinte (1872–1873) al Societății Academice Române, în mai multe rânduri președinte al secției științifice, apoi președinte al Academiei Române (1895–1898); membru de onoare al Universității din Petersburg (1885) [9; 10].

†**1910, mai 27, Cernăuți** – 110 ani de la moartea dr. **Ioan Volcinschi** (n. 1846, mai 5, Tărășeni)

Născut dintr-o familie boierească care purta titlul nobiliar de *“cavaler Volcinschi”*; a urmat studiile la Facultatea de medicină și chirurgie, specialitatea obstetrică (magister) și ani de perfecționare profesională la Viena (1869–1879).

Angajat la Cernăuți (1879) ca *“asistent”* la *“Institutul de nașteri”*, înființat din 1807, pe lângă care funcționa și Școala de moașe (*“împărătească”*) la care va fi numit profesor (1882); din ian. 1883, director al acestui complex, primul medic român în această funcție și specialitate; publică în ediție proprie *“Moșitul - manual pentru moașe”*, prima carte medicală în limba română din Bucovina (recenzie laudativă în Revista *“Spitalul”* nr. 2/1883, p. 59–60); în calitate de Consilier Sanitar și vicepreședinte al *“Camerei medicilor din Bucovina”*, acest medic-boier român, cu autoritate în Dieta Țării ca deputat și membru în Comitetul Țării, for executiv al Ducatului Bucovina, s-a

impus spre binele și prosperitatea populației autohtone. Între 1891–1897 a apărut ziarul în limba română *“Gazeta Bucovinei”*, unde ca membru fondator și susținător al drepturilor românilor bucovineni, a pledat pentru înființarea de școli cu limba de predare română; considerat *“un precursor al medicinei sociale”*; luptător eficient în măsurile de combatere a pelagrei (apărute în 1884), prin înființarea de cantine și bucătării în satele atinse de această boală a malnutriției; a anticipat astfel rolul vitaminelor și proteinelor (fructe, carne, lactate); în virtutea funcțiilor pe care le avea, a impus controlul sever la importul porumbului; a desființat crâșmele și a combătut alcoolismul etc. S-a stins la vârsta de 64 ani și opera sa cinstește neamul căruia i-a aparținut [11].

†**1915, apr. 27, București** – 105 ani de la moartea dr. **Ioan C. Drăgescu**, poet și educator sanitar (n. 1844, sept. 8, comuna Blăjil, jud. Sibiu)

Studiile superioare le începe la Facultatea de Drept din Pesta, apoi trece la medicină (Viena); în 1868 primește *“o bursă a Societății Transilvania din București”* și pleacă în Italia, unde își ia doctoratul în medicină la Torino, cu teza *“Despre hidrargirism”*.

Revine în țară și se stabilește la Craiova; participă la Războiul de Independență (1877–1878); medic primar al jud. Dolj cu practică de obstetrician. Mutându-se la Constanța va duce o campanie susținută de educație sanitară, dovadă cărțile sale de popularizare: *“Maternologia”* (1880); *“Cartea țăranului”* (1886) cu conținut de *“igienă populară”*, care va apare în mai multe ediții; *“Regule de sănătate generală și individuală care trebuiesc păzite, mai ales în vederea unei epidemii”* (1892); *“Instrucțiuni pentru moașele de plăși”* (1896).

În anul 1912 se afla la Craiova *“pensionat și medic particular”*. A scris cu talent beletristică și istoriografie, din care menționăm *“Un glas din popor”*, Craiova, 1908 (pseudonime: Ioachim; Brutus Catone Horea) [12].

†**1920, mai 15, Bad Nauheim** – 100 ani de la moartea farmacistului **Alfred Friedrich Nirescher** (n. 1869, martie 2, București)

De religie catolică, fiul Janettei și al farmacistului Carl Friedrich Nirescher, având certificatul de cinci clase gimnaziale, eliberat de liceul *“Galileo”* din Florența/Italia, sub nr. 143/15 oct. 1887, a fost înscris la Școala superioară de farmacie din București, eliberându-i-se matricola nr. 890/15 oct. 1889; a efectuat practica de elev, timp de doi ani, în farmacia *“Cerbul”* din București, a lui Friedrich W. Zürner; a susținut examenul de asistent în farmacie cu nota *“binișor”* (1892, martie 5); a obținut licența în farmacie cu nota *“prea bine”* (1894, ian. 14) și libera practică. A executat stagiul militar obligator ca sublocotenent (1894–1895) și la 30 aug. a fost înaintat la gradul de farmacist de regiment (locotenent), trecut totodată în rezervă; a plecat în Elveția, unde a urmat cursurile universității din Lausanne, obținând titlul de doctor în științe; revenit în țară, a luat conducerea farmaciei tatălui său, *“Biserica cu Sfinți”*, din București; împământenit (1897); membru fondator al băncii *“Târgul Moșilor”* din București, ales în primul ei consiliu de administrație (1911, mai 12); membru în Comisia chimico-farmaceutică și Consiliul de igienă al jud. Ilfov; decorat cu ordinul *“Coroana României”* în grad de cavaler; a decedat în Bad Nauheim, Germania, la 15 mai 1920, adus în țară și înmormântat în cimitirul *“Bellu Catholic”* din București [13].

†**1925, apr. 2, Iași** – 95 ani de la moartea chimistului **Petru Poni** (n. 1841, ian. 4, Băiceni), profesor de chimie anorganică la Universitatea din Iași, care a pus bazele dezvoltării chimiei pe plan științific și didactic în țara noastră; a studiat mineralele, apele minerale, petrolul românesc și a fondat primul laborator de analize chimice pentru mărfurile importate [14].

†**1925, apr. 9, București** – 95 de ani de la moartea farmacistului militar **Adam Hențescu** (n. 1856, aug. 1, com. Râșca, cercul Baia de Criș, comitatul Hunedoara).

Este unul dintre tinerii transilvăneni, care cuprins de entuziasmul național legat de Războiul de independență (1877-1878), vine în România *“la 1 mai 1877 și se înrolează pe 5 mai ca voluntar cu grad de caporal, în Batalionul 2 Vânători din cadrul Diviziei a IV-a, comandată de generalul George Manu”*.

Cât de curajos a fost acest tânăr și ce putea să-i dăruiască mai mult țării, decât viața sa? În 30 august 1877, trupele române cuceresc reduta Grivița 1. *“Trimis la atac, în prima linie, a fost și Batalionul 2 Vânători, comandat de maiorul A. Candiano-Popescu, în care se afla încă de la începutul războiului și caporalul asistent farmacist, Adam Hențescu: acesta a fost grav rănit”* și a scăpat cu viață, iar peste ani, în 1915, în sala *“Dacia”* din București, își amintea: *“când citind în “Românul” lui C.A. Rosetti că România intra în război contra turcilor, am plecat la 28 aprilie 1877 și m-am înscris în al doilea batalion ca soldat”*. Dar cât de firesc i s-a părut sacrificiul, vorbind despre acesta după 38 de ani: *“În 30 august am fost rănit la Grivița și aceasta n-are nici o importanță”*.

Caracterizarea făcută de dr. V.Gomoiu i se potrivește: *„Era de o onestitate fără seamăn și o conduită ireproșabilă în toate privințele”*.

Cu gradul de sublocotenent farmacist este trecut în Serviciul Sanitar, iar după război este decorat cu *„Steaua României”* în grad de cavaler.

După absolvirea Școlii superioare de farmacie din București (anexată Facultății de medicină din 28 nov. **1870**) *“cu Decretul regal nr. 1927, Adam Hențescu deschide în anul 1883, farmacia „Română” din Caracal și farmacia „Națională” din București, preluată de la farmacistul Aurel Ciurea, și el transilvănean”*.

În anul **1915**, la vârsta de 59 de ani, eroul de la Grivița se bucura că *„noua lege votată”* îi va da dreptul să se înroleze, *„cu bucurie și că poate fi de folos în marea luptă pentru unirea neamului”*. La vârsta de aproape 60 de ani s-a înrolat în Armata Română și, deși îi era dor de plaiurile natale, *„că după 38 de ani voi putea vedea Valea Crișului Alb și căminul părintesc”*, acest deziderat a fost amânat, întrucât a luptat pe frontul din Moldova *„pentru întregirea neamului, până la sfârșitul războiului”*. Acest vis i s-a împlinit, mai cu seamă că a nutrit tot timpul, împreună cu conaționalii săi, *„care au fost sufletul mișcării naționale transilvănene din Capitală”* și entuziaștii *„care au cerut cu insistență intrarea României în război împotriva Puterilor Centrale”*.

A fost apreciat ca un profesionist bine pregătit și încă din 30 oct. 1898, este propus de Consiliul Sanitar Superior, să facă parte din *“noua comisie de revizuire a farmacopeei și taxei, formată din N. Măldărescu, D. Grecescu, C.I. Istrati și A. I. Locusteanu”*.

La 19 ian. 1899 în București, a luat ființă Societatea pentru industria produselor medico-farmaceutice și comerț de droguri *„Centrala”* din care făceau parte farmaciști: *“ca acționar fondator era și A. Hențescu (devenit director)”*.

“În urma tragicului accident de cale ferată din 31 dec. 1916, de la Ciurea din Moldova, își pierde viața farmacistul maior (r) Dimitrie Nicolau, președintele Societății Farmaciștilor din România (SFR); va fi ales Adam Hențescu, președinte interimar al SFR, până la 15 iunie 1919”.

La 15-16 iunie 1919 a avut loc prima adunare generală de după război și din însărcinarea Societății (președinte ales Alexandru Iteanu), o comisie formată din I. Vintilescu, A. Hențescu și Șt. Panea, urma să cerceteze cazurile unor farmaciști care au colaborat cu inamicul în timpul războiului și dezvelirea la Societate a unei plăci de marmură cu numele farmaciștilor eroi, căzuți pe câmpul de onoare în timpul primului război mondial.

Președinte al Comisiunii farmaceutice din Direcția generală sanitară (1919-**1925**) și primul președinte al Federației Române de Șah; a înființat un laborator de produse farmaceutice, premiate cu medalii de aur și diploma de onoare la expozițiile de la București din 1903 și 1906 (*preparate farmaceutice; preparate cosmetice de toaletă și parfumerii*); veteran în două războaie (1877-1878 și 1916-1918). A murit subit în ziua de 9 apr. **1925**, orele 10 p.m., în locuința sa din București, str. Smârdan, fiind înmormântat cu toate onorurile în cimitirul *„Bellu”*. A decedat *“sărac”*, farmacistul *“Adam Hențescu, întrucât nu venise în țară pentru căpătuală”*, după cum spunea prof. dr. V. Gomoiu [15; 16; 17].

†**1935, iunie 12, Tg. Burdujeni** – 85 ani de la moartea farmacistului lt. (r) **Carol Rang** (n. 1858, iulie 18, Iași)

S-a înscris la Școala superioară de farmacie din București (1877), practica de elev executând-o în farmacia *„Apollo”* din București și *„Națională”* din Găești, jud. Dâmbovița, ambele conduse de fratele său, Philipp Rang; a susținut examenul de asistent (1881), stagiile efectuate în farmacia *„Sf. Treime”* din Câmpulung/Muscel (1881-1882), arendată de Friedrich Paul și *„Minerva”* din Iași, arendată de Carol Rosenthal (1882-1883); înrolat în armată și apoi trecut în rezervă (**1885**) ca farmacist de batalion; a continuat studiile universitare, timp în care, a obținut împământenirea (1886), devenind cetățean român; a reintrat în serviciul militar la regimentul 2 Roșiori, apoi în serviciul spitalelor (din 1888); licența în farmacie și libera practică (1889); a lucrat la Pulberăria armatei (1889-1892), înaintat la gradul de farmacist de regiment (locotenent) și trimis la regimentul 8 Artilerie, în urma cererii sale a fost trecut în rezervă ca farmacist de regiment la divizia III Infanterie (30 aug. **1895**) și la 13 sept. a înființat farmacia *„Carol I”* din Tg. Burdujeni, jud. Botoșani; președinte al *„Băncii Populare Burdujeni”*; membru al Camerei de comerț din Botoșani; a înființat o fabrică de ape gazoase; membru activ al Partidului Conservator, fiind ales de mai multe ori consilier comunal, primar la Burdujeni și membru în comisia interimară a județului (1926) [18].

†**1945, mai 7, Pitești** – 75 ani de la nașterea farmacistului **Nicolae Bobancu** (n. 1866, martie 1, Brașov)

S-a înscris la Școala superioară de farmacie din București (1886), practica de elev (1886-1889) executând-o în farmacia *„Română”* din Buzău, aparținând lui Dimitrie Gher-

man, certificat de asistent (1890); licența și libera practică (1898); împământenit (1899); după prestarea serviciului militar a arendat în anul 1900, farmacia „Esculap” din Tg. Jiu, proprietatea farmacistului Vasile Tătaru; consilier comunal al orașului Tg. Jiu (1902-1905); a înființat drogheria „Aquila” în Pitești (1905-1921); membru fondator al „Băncii comerțului și industriei” din Pitești (1911) și consilier comunal al orașului Pitești (1914; 1918); proprietarul farmaciei „Aquila” (1921), pe care a administrat-o personal până în 1929, când o transcrie fiului său, Nicolae, licențiat al Facultății de Farmacie din București, continuând să-l ajute în activitățile farmaceutice; înmormântat în cimitirul „Sf. Gheorghe” din cartierul Trivale [19].

†1955, apr. 29, București – 65 ani de la moartea acad. prof. dr. fiziolog **Daniel Danielopolu** (n. 1884, apr. 12/25, București)

Studiile elementare, liceale („Sf. Sava”) și universitare la Facultatea de Medicină din București; extern în serviciul clinic al prof. Stoicescu de la Spitalul Colțea (1904-1906); intern în serviciul clinic al prof. Buicliu de la Spitalul Brâncovenesc (1906-1907; 1908-1910); asistent la catedra de de medicină experimentală a prof. I. Cantacuzino (1907-1916); doctor în medicină cu teza: „Contribuțiuni la studiul tuberculei brute”, o amplă monografie, distinsă cu medalia de aur (1910); își începe activitatea didactică, fiind numit șef de clinică la Spitalul Brâncovenesc, la catedra prof. Buicliu, unde a predat timp de trei ani un curs liber de cardiologie, apoi un curs asupra insuficienței renale (1913-1916).

În timpul primului război mondial a condus un spital destinat tratamentului bolnavilor cu tifos exantematic, maladie despre care a publicat o monografie („Le Typhus exanthématique”, 1919, Paris, reeditată în 1943).

În 1918 este numit profesor la Facultatea de Medicină din București, post în care va funcționa până la sfârșitul vieții; în 1920 este chemat în fruntea catedrei pe care o deținuse prof. Buicliu, obținând mutarea clinicii respective la Spitalul Filantropia, unde se construiește, la stăruința și sub îndrumarea sa, un institut clinic-medical. A avut un rol esențial în crearea Institutului de Fiziologie Normală și Patologică (1948), care astăzi îi poartă numele.

Este printre primii în lume care a abordat concepția biociberneticii, care presupune prezentarea organismelor și a funcțiilor organelor ca pe niște sisteme; a realizat studii clasice privind gușa endemică, reumatismul și angina pectorală etc.

A fost membru fondator al Academiei de Științe Medicale (1935); membru de onoare al Academiei Române (1938); membru titular al Academiei de Științe din România (1943, iunie 5). Pentru a-i onora memoria, un bust turnat în bronz, opera sculptorului Ion Jalea, monument istoric (2010), a fost amplasat în curtea Spitalului Filantropia (Bd. Ion Mihalache 1-5); o stradă din sectorul 1 al Capitalei îi poartă numele și a 154-a generație de studenți ai Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București, care a început cursurile în 2018, va purta simbolic, pe tot parcursul anilor de studii, numele „Daniel Danielopolu”, conform site-ului oficial al instituției, www.umfcd.ro.

„Daniel Danielopolu, poate cea mai marcantă personalitate a științei medicale românești dintre cele două războaie mondiale, este și primul nostru medic savant de anvergură

care nu a frecventat nicio universitate occidentală și nu a efectuat peste hotare stagii științifice importante” [20; 21].

†1965, iunie 10, Breaza – 55 ani de la moartea prof. dr. farm. **Gh. P. Pamfil** (n. 9/22 martie 1883, com. Vărsătura)

1920, Cluj (100 ani) – A reînființat *Institutul Farmaceutic* și a reorganizat *Farmacia Clinicilor*, care deservea 11 clinici cu 1.000 de paturi;

1930, ian. 1 – sept. 30, București (90 ani) – Ca director a creat și organizat primul Institut de cercetări farmaceutice, devenit prin legea sanitară din 14 iulie 1930 *Institutul chimico-farmaceutic*, baza din care s-a constituit mai târziu *Institutul de Cercetări Chimico-Farmaceutice (ICCF)* și *Institutul pentru Controlul de Stat al Medicamentului și Cercetări Farmaceutice (ICSMCF)*, devenit de la 1 ianuarie 1999, *Agenția Națională a Medicamentului (ANM)* iar din 2010 *Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANMDM)*;

1930, oct. 12, București (90 ani) – Primul președinte al Colegiului farmaceutic; a colaborat la întocmirea normativelor legislative din Legea Sanitară privind reglementarea activității farmaceutice din România [22; 23].

1938, dec. 1-1941, oct. 1 – Decan al Facultății de Farmacie din București care a militat pentru unificarea profesiei farmaceutice și ridicarea nivelului ei științific, crearea unei industrii naționale chimico-farmaceutice [24].

†1975, apr. 2, București – 45 ani de la moartea prof. univ. emerit **Alexandru V. Ionescu-Matiu**, dr. docent, farm., dr. chimist, general de brigadă (r), șef al Laboratorului Central de Chimie al Armatei, din cadrul Spitalului Militar Central București, Farmacist șef al Armatei Române (n. 1883, iunie 25, Focșani).

Această personalitate care a onorat și onorează profesia „a fost un pasionat al istoriei farmaciei românești”, a publicat în „*Revista Sanitară Militară*” (în colaborare) și tot în așteptarea unei împliniri i-a rămas „o vastă lucrare de istoria farmaciei” (cca 1000 de pagini), despre care dr. farm. C. Iugulescu ne-a spus că „nu a fost publicată”. Medalia „*Alexandru Ionescu-Matiu*” se acordă membrilor SRIF, ISHP, SRIM, ISHM pentru contribuția adusă în cercetarea istoriei farmaciei [25; 26].

†1980, apr. 8, București – 40 ani de la moartea prof. dr. **Ioan Emil Bruckner** (n. 1912, apr. 2, București)

A absolvit Facultatea de Medicină la București (1935); a susținut teza de doctorat „*Contribuțiuni la studiul ultravirusurilor; metoda culturilor pe membrane chorioalantoidiane a embrionilor de pasăre*” (1937); a efectuat un stagiul de specializare la Manchester (1938-1939); preparator (1936-1942) și asistent (1942-1946) la Catedra de Bacteriologie a Facultății de Medicină din București; asistent la Clinica Medicală a Spitalului Filantropia (1946-1948); colaborator științific la Institutul de Fiziologie Normală și Patologică (1948-1955); profesor de clinică medicală la Institutul de Medicină și Farmacie (1955-1980) și director al Institutului de Medicină Internă „*Dr. N. Gh. Lupu*” din București (1965-1980). Cu privire la imunitate, a studiat acțiunea mediatorilor chimici, ionilor și a altor agenți farmacodinamici asupra activității alexice a serului, fagocitozei, fenomenului „*Schwartzman*” și șocului anafilactic experimental. În zona cercetării clinice, s-a ocupat, pentru prima dată în România, de acțiunea terapeutică a sulfathiazolului în dezinteria acută cu bacil Shiga; a iden-

tificat și clasificat formele anatomo-clinice ale hepatitei cronice; în bolile reumatismale și de colagen, a descris aspectele viscerale ale colagenozelor, variațiile funcției complementare în sindroamele reumatoide și colagenoze, terapia poliartritei reumatoide cu antimalarice de sinteză; a avut contribuții în nefrologie, ocupându-se de nefropatia endemică (aspecte clinice, epidemiologice, criterii de diagnostic) sau de infecțiile urinare. Rezultatele cercetărilor sale se regăsesc în peste 300 de lucrări, între care: *“Cancerul țesuturilor hematopoietice”* (1948); *“Formele clinice ale hepatitei virotice”* (1952); *“Medicamentele și genetica”* (1963); *“Problema nefropatiei endemice”* (1967); *“Interrelațiile dintre factorii de mediu și factorii genetici de patologie imunoalergică”* (1968); *“Probleme actuale în anemiile hemolitice”* (1968); *“Probleme actuale în sindroamele hemoragice de tip purpuric”* (1968); *“Enzimele în diagnosticul bolilor interne”* (1969); *“Tratamentul pneumopatiei cronice”* (1970); *“Proteinuria”* (1975); *“Medicina internă. Bolile aparatului respirator”* (1977) etc. Membru titular al Academiei Române (1974), al Societății Internaționale de Medicină Internă, al Societății Internaționale de cardiologie, al Asociației Europene de Medicină Internă.

În 9 apr. 2012 la SRIM a avut loc Simpozionul dedicat Centenarului nașterii sale, la care au participat prof. dr. N. Marcu, I. Matei, T. Coman, R. Voiosu, I. Bruckner (fiul), C. Popa [27].

†**1985, apr. 23, București** – 35 ani de la moartea prof. univ. dr. farm. **Petre Ionescu-Stoian** (n. 1909, ian. 14, sat Puntea-de-Greci, com. Petrești, jud. Dâmbovița)

Fondatorul, organizatorul și directorul Institutului pentru Controlul de Stat al Medicamentului și Cercetări Farmaceutice (ICSMCF), București (1956-1976), a fost una din cele mai memorabile figuri ale vieții științifice și profesionale farmaceutice românești.

Înființarea ICSMCF a constituit un moment deosebit de important în direcția asigurării controlului medicamentului și a creării bazei corespunzătoare pentru cercetarea farmaceutică. Prof. dr. Petre Ionescu-Stoian împreună cu colaboratorii săi a organizat un Institut exemplar pe care l-a condus timp de 20 de ani (1956-1976), introducând cele mai moderne metode pentru a asigura calitatea medicamentului românesc și controlul celui din import, preocupându-se și de formarea cadrelor ca specialiști cu înaltă calificare. Ca un binemeritat omagiu adus Prof. dr. Petre Ionescu-Stoian, prin O.M.S. nr. 55/10 ian. 1996, ICSMCF i-a purtat numele, până la 1 ian. 1999, când s-a transformat în Agenția Națională a Medicamentului, instituție publică, în subordinea Ministerului Sănătății, conform Ordonanței Guvernului României nr. 125/1998 [28].

†**1985, apr. 29, Cluj-Napoca** – 35 ani de la moartea prof. univ. dr. farm. **Teodor Goina** (n. 1896, feb. 27, com. Budureasa, jud. Bihor)

Licențiat al Facultății de Farmacie din Cluj (1921); doctor în științe farmaceutice cu teza *“Studiul farmacognos-tic al plantei Berberis vulgaris”*, sub îndrumarea prof. Gh. Martinescu, cu cotația *“Magna cum laude”* (1929); șef de lucrări la Facultatea de Farmacie din București (1934-1937); conferențiar (1947-1957); profesor, șef de catedră la Disciplina de Farmacognosie - Botanică din Facultatea de Farmacie, Cluj (1957-1966); om de știință emerit (1970); caracteristica activității sale științifice a fost pro-

movarea fitoterapiei prin valorificarea, cu precădere, a florei medicinale indigene [29; 30].

†**1985, mai 9, Drobeta-Turnu Severin** – 35 ani de la moartea dr. docent farmacist cpt. **Virgil Torjescu** (n. 1911, ian. 28, com. Dămieniști, jud. Roman)

A înființat o farmacie în Vânu Mare, jud. Mehedinți și un laborator de analize *“Dr. farm. Virgil Torjescu”*, acționar fondator al Societății anonime române *“Fiomed”*, laborator de produse chimico-farmaceutice indigene și străine, cu drept de import-export și conducător tehnic al laboratorului; a publicat în colaborare volumele: *“Plante medicinale în județul Mehedinți”* și *“Tratamentul de urgență în otrăviri”*; înmormântat în cimitirul *“Sf. Gheorghe”* din Drobeta-Turnu Severin [31].

†**1990, apr. 28, Iași** – 30 ani de la moartea prof. dr. **Camelia Ghimicescu** (n. 1916, feb. 12, Iași), un nume în galeria personalităților școlii medicale și farmaceutice ieșene [32].

†**2005, apr. 19, București** – 15 ani de la moartea prof. univ. dr. chim. **Maria Brezeanu** (1924, martie 19, Râșnov)

Chimistă, prof. universitar la București; membru corespondent (1991, dec. 18) și titular (1993, martie 23) al Academiei Române; președinta Secției de Științe Chimice a Academiei Române, membră în Biroul de conducere al Societății de Chimie din România; membră în colegiile de redacție ale *«Revue Roumaine de Chimie»* și *«Romanian Chemical Quarterly Reviews»*; Premiul Ministerului Învățământului pentru activitatea de cercetare științifică (1961 și 1963), Premiul *“G. Spacu”* al Academiei Române pentru lucrarea *“Combinății complexe polinucleare și aplicațiile lor”* (1990) [33; 34].

Aniversări

1765, apr. 7, Luckau, Germania – 255 ani de la nașterea lui **Baumgarten Johann Christian Gottlieb** (†1843, dec. 29, Sighișoara), medic și botanist din Transilvania, fizicusul din Făgăraș care cercetează, la solicitarea lui Peter Sigerius, flora medicinală a Transilvaniei; opera sa în trei volume *„Enumeratio stirpium magno Transilvaniae principatui indigenarum”* (Viena, 1816) a inspirat activitatea naturaliştilor moldoveni, culegerea de plante și prima lucrare sistematică cunoscută sub denumirea de *Herbarul Czihak*, Iași, 1833 [35].

1830, apr. 29/11 mai, București – 190 ani de la nașterea lui **Emanoil Bacaloglu** (†1891, aug. 30, București), fizician, chimist și matematician

În 1848 a participat la Revoluția din Țara Românească; a plecat la studii în Germania, la Universitatea din Leipzig (chimie experimentală, astronomie, meteorologie, mineralogie, optică, matematici, filozofie) (1856); obține licența în fizică la Facultatea de Științe de la Sorbona (1858); prof. de chimie la Școala de Medicină și Farmacie a dr. Carol Davila (mai 1861); prof. secundar de matematici la Colegiul Sf. Sava din București, unde a inițiat primele cursuri de matematici superioare; prof. de fizică la Facultatea de Științe a Univ. din București (1864-1891). Membru al Academiei Române (1879), a participat la fondarea Atheneului Român (1885-1888), la înființarea Societății Române de Științe (1862), al cărui președinte a devenit în 1890, a Societății de Științe Fizice și Matematice (1865), a Societății Române de Geografie, la introducerea electricității în București, prin instalarea primei termocentrale electrice (1882) [36].

1870, mai, 14, Bârlad – 150 ani de la nașterea prof. univ. dr. chirurg **Ernest Juvara** (†1933, mai 5, București)

Medic român, inovator în tehnica chirurgicală și instrumentală; profesor universitar la Facultatea de Medicină din București având preocupări în domeniul chirurgiei și anatomiei, aducând contribuții în domeniul protezelor osoase, anastomozelor intestinale și rahianesteziei; Cavaler al Ordinului „*Steaua României*” [37].

1865, iunie 3, Mediaș – 155 ani de la nașterea farmacistului lt. (r) **Wilhelm Graeser** (†1931, iulie 8, București)

După studii primare și gimnaziale finalizate în orașul natal, s-a înscris la Școala superioară de farmacie din București (1879), executând practica de trei ani până în 1882, în farmacia „*Minerva*” din Giurgiu, proprietatea lui Martin Binder; a susținut examenul de asistent cu nota „*prea bine*” (1886); a obținut licența în farmacie cu nota „*binișor*” și libera practică (1890). A făcut stagiul militar de un an la Spitalul militar central din București, ca farmacist de batalion stagiar (sublocotenent), iar după depunerea examenului de sfârșit de stagiul, a fost avansat la gradul de farmacist de regiment (locotenent) și trecut în rezervă la corpul 2 armată (1894); tot în acest an împământenit cu dispensă de stagiul. Diriginte-arendator al farmaciei „*Biserica cu Sfinți*” din București (1894-1897); din 1901 proprietar-diriginte al farmaciei „*Heliade*” din Capitală; membru activ al Societății farmaciștilor din România și al Societății „*Centrala*”; înmormântat în cimitirul „*Evangelic*” [38].

1870, iunie 8, Brașov – 150 ani de la nașterea farmacistului **Victor J. Gottsmann** (†1931, apr. 11, Mizil)

După absolvirea liceului, s-a înscris la Școala Superioară de Farmacie din București, a făcut practică la farmacia „*Eittel*” din Râmnicu Vâlcea, devenind asistent de farmacie (1888); a obținut licența în farmacie și libera practică (1895), cetățenia română (1899). Membru în Consiliul de administrație al Societății „*Centrala pentru industria produselor medico-farmaceutice, comerț de droguri*” (1899); recunoscut ca arendaș la farmacia „*Coroana de Aur*” din Mizil (1900), cu aceeași calitate existând și în 1911 și 1913; mobilizat în 1916 la Sărata Monteoru, farmacia este închisă, solicitându-se Ministrului de Război să se găsească un farmacist „*pentru a nu rămâne Mizilul fără nici o farmacie*”, s-a decis ca acesta să rămână totuși la farmacia din Mizil „*pentru a prepara medicamente pentru trupele locale*”. Prin Înalt Decret Regal la 24 martie 1920, este numit, membru în Comisia Interimară Mizil, calitate în care va organiza o serie de acțiuni pentru a strânge fonduri necesare achiziționării unor clopote pentru biserică.

La 11 oct. 1921, obține concesiunea unei farmacii la Mizil, înregistrând la 26 oct., cu nr. 4907, Farmacia „*Sănătatea*” (a doua farmacie în oraș); a făcut parte din conducerea Colegiului (cercului) Farmaciștilor din Buzău (președinte F. Sentner). A murit la 11 apr. 1931, regretat de toată lumea, mai ales de colegii care își aminteau că „*a fost un exemplu de muncă și onestitate profesională în tot decursul vieții sale*” [39].

1875, apr. 15, com. Pietroasele, plasa Tohani, jud. Buzău – 145 ani de la nașterea farmacistului col. (r) **Vasile Manolescu** (†1953, oct. 22, București)

Absolvent al gimnaziului „*Al. Hasdeu*” din Buzău (1892), s-a înscris la Școala superioară de farmacie din București, practica de elev efectuând-o (1892-1895) în farmacia

„*Centrala*” din București, Calea Moșilor nr. 51, fiind și burșier al Școlii superioare de farmacie; certificat de asistent (1895), stagiul de un an efectuat în farmacia „*Centrala*”; extern (1897), intern prin concurs al Eforiei spitalelor civile București, la spitalul „*Colțea*”; licența în farmacie și dreptul de liberă practică (1898); diriginte-administrator al farmaciei „*Curtea Regală*” (Brăila) și preparator la Catedra de Farmacie chimică și galenică de la Școala superioară de farmacie București (1900); farmacist al spitalului Poenari, jud. Ilfov (1901-1902); proprietarul farmaciei „*Dr. Kretzulescu*” din Calea Victoriei nr. 169 (1902-1949); acționar fondator și cenzor la „*Banca Amzei*” din București (1911); a făcut campania militară din 1913, mobilizat la Depozitul militar central, iar cea din 1916-1918 la societatea „*Crucea Rosie*”, pe linie militară ajungând până la gradul de farmacist colonel în rezervă (1924), de la 1 ian. 1939 fiind trecut în retragere din oficiu, pentru limită de vârstă; membru în Comisia chimico-farmaceutică (1903-1904); consilier comunal al Capitalei (1914-1919); președinte al Cercului farmaciștilor din București; vicepreședinte al Asociației generale a farmaciștilor din România; membru onorific în Consiliul de igienă al Capitalei (1922); decorat cu medalia „*Avântul Țării*”; ordinul „*Crucea României*” în grad de cavaler și în grad de ofițer; „*Meritul Comercial și Industrial*”; „*Meritul Sanitar*”; ordinul „*Steaua României*” în grad de ofițer; a publicat mai multe articole și a ținut conferințe publice pe diverse teme („*Despre apă din toate punctele de vedere*”; „*Ipoteze și teorii asupra originii petrolului*”; „*Opiu și Dozajul morfinei*” etc.); proprietar al unor ferme de pomicultură și viticultură la moșiile lui din comuna Livada, jud. Prahova și din comuna Șarânga, jud. Buzău; înmormântat în cimitirul „*Bellu*” [40; 41].

1880, iunie 24, Huși – 140 ani de la nașterea farmacistului col. (r) **Alexandru Bendorf** (†1953, apr. 22, București)

Licența în farmacie la București și dreptul de liberă practică (1904); proprietar al farmaciei „*Providența*” din Huși (1909-1939), pe care o transferă în București; împreună cu dr. N. Lapteș, a condus revista de popularizare „*Igiena Satelor*” (1912-1916) la Huși; membru în primul consiliu de administrație al „*Băncii Fălciului*” (1910); consilier comunal la colegiul I, Huși, ca membru PNL (1914); membru fondator al „*Băncii române de credit farmaceutic*”, București (1914); membru în Consiliul de igienă al jud. Fălciu (1930); președinte al secției județene Fălciu al Colegiului Farmaceutic; consilier tehnic în Ministerul muncii, privind medicamentele din Centrala asigurărilor sociale; înmormântat în cimitirul „*Bellu*” [42].

1880, iunie 27, com. Dara, jud. Buzău – 140 ani de la nașterea farmacistului lt. col. (r) **Cristea Gh. Bender** (†1934, mai 29, București)

Absolvent al gimnaziului „*Al. Hasdeu*” din Buzău (1896), s-a înscris la Școala superioară de farmacie din București, practica preliminară obligatorie de trei ani efectuând-o în farmaciile conduse de Andrei Cruceanu („*Coroana lui Ștefan Vodă*”/Tg. Neamț) (1 oct. 1896-1 mai 1898); Vasile Tătaru („*Esculap*”/Tg. Jiu) (1 mai 1898-16 dec. 1898); Petre Mihăilescu („*Sf. Elena*”/Medgidia) (18 dec. 1898-18 apr. 1899); Dimitrie Gherman („*Românească*”/Buzău) (18 apr. 1899 – 1 oct. 1899); examenul de asistent (25 sept. 1899) și stagiul l-a executat în farmaciile lui Ștefan Caracaș („*Sf. Treime*”/Caracal) și Petre Mihăilescu („*Sf. Elena*”/Medgidia) (1 nov. 1899-10 oct. 1900). A obținut diploma de farmacist și libera practică a farmaciei (1909).

La 4 nov. **1910** a publicat, în ziarul „*Epoca*” din București, un fulminant articol antifeminist, încercând să mobilizeze farmaciștii bărbați împotriva deciziei guvernamentale din 5 oct. **1910**, prin care femeile farmacistice aveau dreptul să participe la concursurile pentru obținerea concesiunilor de noi farmacii; atitudine repudiată, atât de opinia publică, cât și de autoritățile sanitare.

În baza ordinului Direcției sanitare nr. 33.253/23 iunie 1911 a solicitat și obținut dreptul de a deschide „*Droghe-ria Populară*” în Capitală.

A efectuat stagiul militar obligator de un an ca soldat permanent (1903-1904), dar a avansat ulterior ca farmacist ofițer în rezervă până la gradul de lt. col., fiind decorat cu medalia „*Avântul Țărei*”, crucea „*Meritul Sanitar*” cl. II-a (1916) și ordinul „*Coroana României*” cu spade în grad de cavaler (**1920**).

În baza Legii sanitare excepționale din 29 iulie 1921, conform decretului regal nr. 4907/26 oct. 1921, a obținut concesiunea cu care a înființat o farmacie în Chișinău. Aici depune o intensă activitate profesională: participă în comisia, aprobată de minister la 23 iunie 1923, pentru elaborarea Farmacopeei Române ed. a IV-a (1926), făcând parte din subcomisia pentru determinarea denumirilor ruse ale medicamentelor; membru în Comisia regională de disciplină (1931); președinte al Colegiului farmaceutic, filiala Chișinău (1933); inspector general farmaceutic onorific pentru Basarabia (16 mai 1934). După congresul farmaciștilor basarabeni de la Chișinău (24-25 mai 1934), a plecat imediat la București, în calitate de nou numit inspector general, dar aici i s-a făcut rău fiind nevoit să meargă urgent la spital pentru un control medical. A decedat subit la Spitalul C.F.R. din București, sector 4 de Verde, la 29 mai 1934 și a fost înmormântat cu onoruri militare în cimitirul „*Bellu*” din Capitală [43; 44].

1885, apr. 14, com. Dârja, Cluj – 135 ani de la nașterea prof. univ. dr. **Iuliu I. Hațieganu** (†1959, sept. 4, Cluj)

Studiile elementare în comuna Cojocna și la Cluj, cele liceale la Blaj, universitare la Facultatea de Medicină din cadrul Universității din Cluj, devenind doctor în medicină (**1910**); cunoscător a mai multe limbi străine; profesor de Clinică medicală (**1920**); primul decan al Facultății de medicină, de mai multe ori rector al Universității din Cluj; este întemeietorul învățământului medical românesc din Cluj formând numeroase cadre universitare; președinte și membru în multe societăți științifice și de învățământ din țară și străinătate; decorat cu ordine și medalii, fiind medic emerit, apoi membru al Academiei Române și deputat al Marii Adunări Naționale; a considerat profilaxia drept scop suprem în medicină. Prin inițiativa sa s-a înființat prima Catedră de Ftiziologie din România în cadrul Facultății de Medicină din Cluj (1942), primul dispensar antituberculos din Cluj, dispensarul și preven-toriul studențesc, din care ulterior s-a dezvoltat întreaga asistență medicală a tineretului universitar. A rămas cunoscut în lumea medicală din țară și de peste hotare, în special, prin cercetările sale efectuate în domeniile patologiei tubului digestiv, cardio-vascular, excretor și al sistemului nervos; a fost un precursor și un vizionar în medicină, un întemeietor și șef de școală medicală, o personalitate fascinantă pentru toți, fiind supranumit „*Hipocrate al românilor*”, „*un patriarh al medicinei transil-vane*”, „*un gigant al medicinei românești*”, [45].

1890, apr. 19/21, Plenița, jud. Dolj – 130 ani de la nașterea prof. dr. **Ciocâlțu V. Vintilă Mihai Petre** (†1947, feb. 4, București)

După absolvirea Facultății de Medicină din București, a urmat studii de perfecționare la Berlin, Boston, Cambridge, Harvard (**1920-1930**); din 1938 este profesor de chimie biologică la Facultatea de Medicină din București: mai multe reacții de biochimie îi poartă numele iar „*reac-tivul Folin-Ciocâlțu*” este folosit și astăzi în laboratoare. Ca „*poet tradiționalist a cultivat pastelul și lirica erotică*”, debut și colaborare în rev. „*Gândirea*” (**1925**).

La 7 apr. 2001 a fost omagiat de SMSPR printr-un sim-pozion, placă și medalie comemorative în Holul de Onoare al Facultății de Medicină din București [46].

1895, iunie 24, com. Crăguiești, jud. Mehedinți – 125 ani de la nașterea dr. **Ion Glăvan** (†?)

Absolvent al Facultății de Medicină din Cluj; medic oftal-molog (Oradea, CFR-București); iatroistoriograf și publi-cist: „*Considerațiuni asupra stării sanitare a țaranului român*” (**1920**); „*Cum ne creștem copiii*” (Premiul Aca-de-miei Române, **1925**); „*Doctorul de casă*” sau „*Dicționarul sănătății*” (1929, în colaborare cu V. Bianu); secretar de redacție a „*Revistei Sănătății*” (1921); membru al Societății Regale Române de Istoria Medicinii, Farmaciei, Veterinăriei și de Folclor Medical (SRRIMFVFM) (**1930**) [47].

1900, mai 14, Iași – 120 ani de la nașterea farmacistei **Margareta Gârnică** (†?)

Absolventă a Facultății de Farmacie din Iași (1929), când obține dreptul de liberă practică în farmacie și devine arendașa Farmaciei „*Sfânta Cruce*”, str. Târgului nr. 25, din Buzău, pe care o va înscrie în tabloul de firme de la Tri-bunalul Buzău, cu nr. 25/6 apr. 1929, reînmatriculând-o în oct. 1931; devine proprietara acestei farmacii (1932-1947); este aleasă în Consiliul de Higienă și Ocrotire al județului Buzău la 7 mai 1943 pe o perioadă de trei ani. La 12 nov. 1947 a solicitat radierea firmei, deoarece primise o concesiune la București, farmacia sa fiind naționalizată la 2 apr. 1949 [48].

1900, mai 15, București – 120 ani de la nașterea prof. univ. dr. **Artur I. Kreindler** (†1988, București)

După ce a absolvit liceul *Gh. Lazăr*, a urmat cursuri-le Facultății de Medicină din București (1919-**1925**), obținând titlul de doctor cu teza „*Tonusul vegetativ și probele sale farmacologice*”; stagii de specializare la Paris (1926-1927); asistent (1927-**1940**); medic primar neu-rolog (1931) și docent universitar în neurologie (1932); șef de lucrări (1944-1947); conf. univ. (1947-1948) la Cli-nica de neurologie a Facultății de Medicină din București; profesor la școala de medicină pentru evrei (1942-1944) și profesor universitar la Clinica de neurologie a I.M.F. București (1948-**1970**); director al Institutului de Neuro-logie al Academiei; membru titular al Academiei Române (1948) și al Academiei de Științe Medicale (1969); „*Om de știință emerit*” (1962); membru a numeroase Societăți de neurologie din lume; a fost unul din cei mai renumiți cori-fei ai școlii românești de neurologie, fondată de prof. Gh. Marinescu [49].

1910, mai 19, Craiova – 110 ani de la nașterea pic-torului, biolog și medic **Ion Țuculescu** (†1962, iulie 27, București)

Medic și licențiat în științele naturii (1939), a început să picteze în paralel cu studiile sale științifice. Lucrările realizate până către 1947 se înscriu ca realist-expresioniste sau realism popular, apoi spre sfârșitul vieții, către abstracționism, având și o etapă originală închinată totemurilor populare.

I s-a publicat postum lucrarea științifică „*Biodinamica lacului Techirghiol*”, organizându-i-se și o amplă retrospectivă de pictură la sala „*Dalles*” (1965) [50].

1920, apr. 14, Sadagura, jud. Cernăuți – 100 ani de la nașterea dr. **Ștefan-Gheorghe Bucevschi** (†1999, apr. 26, Bârlad)

Absolvent al Liceului „*Aron Pumnul*” din Cernăuți; licențiat al Facultății de Medicină din Cluj (1944); a fost incorporat și a luat parte la campaniile din Vest (1944-1945); medic la Sibiu (1945-1950) și apoi la Bârlad din 1950.

A scris circa 300 de studii și articole medicale, în parte publicate în diferite ziare și reviste; specializat în obstetrică-ginecologie; în paralel a desfășurat o susținută activitate scriitoricească (redactor la revista „*Coordonate bârlădene*”; a îndrumat cenaclul literar „*Ferestre spre lumină*”; a scris piese de teatru, ce s-au jucat pe scenele bârlădene; a lăsat în manuscris câteva volume de proză: „*Istoria romanțată a Bucovinei*”, „*Cuțitul de aur*”, „*Minciuna*”, fragmente din ultima lucrare istorico-literară au fost publicate în Almanahul cernăuțean „*Țara Fagilor*” [51; 52].

1925, apr. 21, Topalu, jud. Constanța – 95 ani de la nașterea col. dr. **Nicolae Necula** (†1998, mai 9, Constanța)

A urmat Facultatea de Medicină Generală din Cluj, absolvită în 1950; șef de secție Boli contagioase în Spitalele militare din Cluj, Craiova, Constanța.

În anul 1990 se pensionează cu gradul de colonel și se încadrează la Facultatea de Medicină din Constanța ca profesor asociat la Disciplina de Istoria Medicinii (1994-1995). Publicist de seamă semnând editoriale în „*Cuget liber*”, cotidianul tomitan (Constanța); debut literar în revista „*Tomis*” (1984) și debut editorial prin volumul de proză „*Colegiul*” (Ed. Militară, 1992); „*Raport de gardă*” (1993); „*Vânzătorul de enigme*” (antologie de proză contemporană, coautor, Ed. Europolis, Constanța, 1993); „*Inspekția*” (povestiri, Ed. Europolis, 1996); membru al Societății Ziaristilor, al Uniunii Scriitorilor (din 1995) și al SMSPR; președinte al Cenaclului literar „*Mihail Sadoveanu*” al Cercului Militar din Constanța [53].

1925, apr. 18, Rădăuți – 95 ani de la nașterea dr. farm. **Oltea Coșocariu** (†2016, nov. 4, București)

Fică a avocatului Emanoil Băncescu și a Elenei Băncescu (născută Onciul, descendentă a ilustrului istoric Dimitre Onciul, 1856-1923) a urmat școala primară și 6 clase liceale în orașul natal, apoi clasele 7 și 8 la liceul „*Regina Maria*” din București, terminând cu distincția de merit „*Premiul de caracter Eleonora Grigorescu Arapu*”, a susținut bacalaureatul și în toamna anului 1943 s-a înscris la Facultatea de Farmacie, pe care a terminat-o în 1948; în paralel cu Conservatorul.

A lucrat în cadrul Institutului de Cercetări pentru Cultura Plantelor Tehnice (ICPT) Fundulea (1962, dec. 1-1982, mai 1) și apoi la Stațiunea de Cercetări pentru Cultura Plantelor Medicinale și Aromatice (SCPA), în cercetarea

plantelor agricole și medicinale, ca cercetător și șef de laborator.

Și-a susținut teza de doctorat în farmacognozie: „*Contribuții la studiul farmacognoxic al speciilor de Sorghum*”, sub conducerea Prof. Dr. E. Constantinescu, la Facultatea de Farmacie din București (1975, martie 6).

Între 1982-1986, împreună cu 4 ingineri agronomi, a scris primul „*Tratat de plante medicinale și aromatice cultivate*”, vol. I, tipărit la Editura Academiei (1986), urmat de vol. II în anul 1988 (ambele volume însumând 675 pagini), pentru care s-a primit premiul „*Ion Ionescu de la Brad*” al Academiei Române (1990, iunie 28). În întreaga activitate profesională a scris 50 de articole, publicate în țară și străinătate, în diferite reviste de specialitate. S-a stins din viață la 4 noiembrie 2016 și a fost înmormântată în Cimitirul *Bellu* Ortodox din București [54].

Aniversări-comemorări

1845, ian. 27, Brașov – 175 ani de la naștere și 80 ani de la moartea dr. chimist, farmacist **Gheorghe Samoil Konya** (†1940, apr. 2, București)

A publicat studii chimice despre apele minerale din Moldova (Slănic Moldova, Văiluța, Bălțătești, Strunga, Breazu), razele X („*Despre fotografia după Röntgen*”), diferite minerale, precum și rapoarte despre participările sale la nenumărate congrese internaționale; a participat activ la viața științifică a Societății de medici și naturaliști din Iași, a făcut parte din comisiile de redactare a taxei farmaceutice din 1909 și 1918, iar între 1905-1907 din comisia de redactare a Farmacopeei Române, ediția IV-a; în cadrul expozițiilor a obținut medalii de aur și bronz la Paris (1889) și medalia de aur la București (1906).

În Iași a ajutat la construirea Abatorului, a Teatrului Național, a fabricii de apă gazoasă și a fabricii de șampanie. A fost membru și vicepreședinte al Societății farmaciștilor din România, membru al Societății germane de chimie, al Societății farmaciștilor din Austria, membru de onoare al Asociației pentru progresul igienei din Belgia, membru al Societății de climatologie din România ș.a. A făcut parte din comitetul de conducere al „*Asociației Medico-Farmaceutice*” (1908, Iași) și în instituția umanitară „*Salvarea*” (1910); ca membru fondator, a fost ales vicepreședinte al societății anonime „*Industria chimico-farmaceutice*” din Iași (1919); în mai multe rînduri consilier comunal, membru al Consiliului de igienă și al Camerei de comerț și industrie Iași; a decedat în București, str. Știrbei Vodă nr. 83, la 2 apr. 1940, fiind înmormântat în cimitirul „*Eternitatea*” din Iași [55; 56].

1875 – 145 ani de la naștere și 105 ani de la moartea farmacistului **Andrei Bacovescu**, atins de bacilul Kock (†1915, iunie 8, București)

Fiu de țăran, cu vocația muncii și a datoriei, s-a pregătit pentru o carieră didactică, publicând o lucrare pentru cursul de chimie analitică: „*Scurte tabele pentru analiza calitativă*” (1901); președintele primului Sindicat al personalului farmaceutic salariat (1905, nov. 27); doctor în științe fizico-chimice (1906, Elveția), asistent șef de laborator la chimie analitică și chimist la Institutul medico-legal. În ultimii trei ani ai vieții, a fost farmacist-șef la Spitalul Brâncovenesc din Capitală; răpus de „*boala secolului*” a fost înhumat la cimitirul „*Bellu*” din București [57; 58].

(*Bibliografia la autor.*)

Apariții editoriale

O CARTE DOCUMENT, DESPRE JALEA ȘI EROISMUL UNUI NEAM

Dr. Valeriu Lupu, Vaslui

„Pentru România Mare, vă ordon treceți Prutul”

Ion Antonescu

Ori de câte ori deschid o carte despre istoria neamului mă întreb: în ce măsură cele descrise în acea carte corespund adevărului istoric, în ce măsură sunt conforme realităților trăite de o națiune sau un popor prin evocarea unor evenimente, nu rareori cruciale, în evoluția lui istorică. Dacă despre Primul Război Mondial istoria noastră, în sfârșit, se apropie de adevăr, despre locul și rolul României în cel de al II-lea război mondial suntem încă departe de adevăr.

Să nu fi trecut suficient timp pentru a cunoaște istoria adevărată? Să fie presiunea unor interese străine poporului nostru, care apasă greu asupra adevărului istoric? sau lașitatea și malonestitatea celor îndrituiți să prezinte realitățile timpului la adevărata lor valoare și semnificație. Istorici de renume precum Dan Berindei sau Dinu C. Giurăscu, elevi devotați și produși de excepție a școlii alogenului Mihail Roller, ne-au sufocat cu mistificările lor, în timp ce istorici ca Gheorghe Buzatu li sau înăbușit vocile. Mai mult, fiecare istoric de oarecare notorietate, se simte obligat să prezinte propria variantă a Istoriei României, pretinzând-o ca originală și adevărată, dacă nu chiar sinceră, nu rareori gafând lamentabil atunci când este vorba de momente delicate sau cu impact asupra destinului acestui popor. O curiozitate greu de explicat este și cea a manualelor școlare care prezintă trunchiat, sau eronat prin omisiune istoria țării, ca și cum nu istoria neamului este cartea de căpătâi a oricărui popor sau națiuni.

Istoria și avaturile ei

Mistificările au mers până acolo încât marii eroi ai neamului au fost condamnați ca trădători, iar trădătorii ridicați la rangul de eroi. Bestia roșie, care avea ca scop dispariția acestei națiuni, așa cum preconizau marii ideologi ai comunismului; Frederich Engels și Karl Marx, avea să ridice ura și instinctele primare la rang și stil de viață, menit să distrugă poporul din interior prin vrajbă și crimă. Și atunci, unde este Institutul de Istorie, unde este Academia Română? întâmplător condusă astăzi de un istoric, ca printr-un efort comun cu a celor de specialitate să elaboreze o istorie în concordanță cu adevărurile existențiale ale acestui popor, risipind variantele periculoase, răuvoitoare și inoportune de tipul Lucian Boia sau ale istoricilor maghiari, a căror versiune s-a propagat până și în curricula școlară.

Se pare că a trecut suficient timp de la Primul Război Mondial, ca unele mari sdevăruri să poată fi spuse deschis cum ar fi marea trădare a liberalilor, taxați încă de Eminescu ca "patrioți de ocazie" sau "stârpituri cu gura largă", autorii "monstruoasei coaliții" orchestrată de I. C. Brătianu și C. A. Rosetti pentru detronarea domnitorului pământean Alexandru Ioan Cuza, făuritorul României

moderne, sau semnatarii păcii de la Buftea prin urmașul lui Brătianu Ion I. C. Brătianu și Alexandru Marghiloman, cel mai umilitor tratat semnat vreodată în istoria acestui popor conform căruia, pe lângă alte clauze înjositoare, noi trebuia să ieșim din robia germană de abia în 2018. Adăugăm acestora și excluderea delegației române de la tratativele de pace de la Paris pentru că Brătianu juca la două capete.

Se pare că a trecut suficient timp pentru ca să se recunoască marile merite ale Reginei Maria, ale mareșalului Averescu, ale regelui Ferdinand, ale eroilor Marii Uniri din Basarabia, Bucovina și Transilvania, pe care comuniștii aveau să-i extermină până la unul. Dar nu a trecut suficient timp pentru a vorbi deschis despre uzurpatorul și tiranul Carol al II-lea, care a disprețuit profund poporul și țara aceasta, a cărui politică dictatorială a dus la pierderea unei treimi din suprafața țării deschizând drumul dictaturilor care s-au dovedit dezastruoase pentru țară. De asemenea, despre trădarea lui I. Gh. Duca, care avea să-l coste viața pe peronul gării din Sinaia, despre fatidica zi de 23 august 1944 când regele Mihai I îl arestează pe Conducătorul Statului Ion Antonescu și ordonă încetarea ostilităților împotriva Uniunii Sovietice fără armistițiu, acțiune care a costat România trei săptămâni de haos și vandalism, 150.000 de soldați și ofițeri duși în prizonieratul bolșevic, decorarea regelui, drept răsplată, cu cea mai înaltă distincție sovietică, ordinul Pobeda cu diamante, ca apoi abdicarea să fie o atitudine forțată, justificată și necesară (?).

România și cel de al II-lea război mondial

Personalități și nume de referință, evenimente și schimbări de situație sau atitudine, au fost răstălmăcite după cum a bătur vântul istoriei și interesele politice de conjunctură. Nici astăzi lucrurile nu s-au schimbat. România este încă sub oprobiul perioadei 1940-1944, asupra căreia blamul istoriei trebuie afirmat și menținut în mod interesat, fără a se ține cont, decât ocazional și în treacăt, de enormele sacrificii ale acestui popor pentru ași salva ființa națională.

Nimeni nu mai stă să cântărească astăzi că perspectiva istorică imediată a României anului 1940 nu avea decât două alternative, ori soarta Poloniei – dacă nu realiza acea alianță nedorită cu puterile Axei care făceau jocul în Europa – sau statutul de aliat care oferea oarecare libertate și un licăr de speranță pentru recuperarea teritoriilor pierdute. Regimul Antonescu a optat pentru această ultimă variantă care părea la vremea aceea mai puțin nefericită, pentru că garanta menținerea României ca stat în pofida ciuntirii graniței de vest la presiunea maghiară, prin dictatul de la Viena și graniței de est și sud prin tratatul Ribentrop Molotov nendenunțat de România nici până astăzi

Iată contextul în care apare cartea profesorului **Dumitru V. Marin**, cunoscut om de cultură și de presă din

ținuturile moldave, sub titlul *"Jale și eroism românesc la Cotul Donului... și după"* tipărită la Editura PIM, Iași, 2019. O carte document, în care autorul se abține în a face comentarii, decât succint, motivându-și atitudinea prin dorința de a readuce în memoria colectivă fapte, trăiri și întâmplări tragice legate de marea tragedie națională care a însemnat cel de al doilea război mondial. Reușește această restituire prin relatările celor care au dus de fapt războiul, soldatul român în tranșee, în atac sau în retragere, în refacere sau în prizonierat, pe frontul de est sau de vest, în care moartea, suferința, oboseala până la epuizare, mizeria și boala, frigul și foamea, frica și spaima îl însoțeau în fiecare moment. Suferința celor rămași acasă; copiii, bătrâni, femeii, grija pentru animale, acareturi și mai ales barbaria ocupantului, atunci când soarta războiului s-a întors, sporeau durerea celui care trebuia să înfrunte nenorocirea războiului. Nu rareori din aceste stări de disperare au apărut adevărate fapte de vitejie, în care curajul și inteligența unor ostași sau comandanți reușeau adevărate minuni.

Autorul cărții are șansa și chiar privilegiul de a întâlni, în periplul său reportericesc, supraviețuitori în preajma respectabilei vârste centenare, a căror mărturie sunt cu adevărat cutremurătoare, fără ca trecerea anilor să le diminueze nota lor tragică. Oameni simpli, chemați sub arme și trimiși în vâltoarea războiului pentru a recupera ceea ce România pierduse prin nesăbuiința unui tiran străin de țară, într-o epocă în care tiranii Europei își dădeau mâna pentru reîmpărțirea ei. *"Când cei mari se înțeleg cei mici trebuie să se teamă"* spunea cu îndreptățire un înțelept, de aici și deruta acelor timpuri.

"Să nu creadă cineva că mi-s dragi nemții, dar au trecut victorioși prin toată Europa, iar pe noi ne desființau dintr-o suflare și ne luau tot. Ca aliați eu dau cât mai puțin din avuția țării, inclusiv din petrol, din produsele agricole, mă pot mișca mai liber, pot face mai multe decât sub regim de ocupație. Cu unghiuri în spate ne puteau desființa ca țară. Cu ei, cu nemții, poate dobândim Basarabia" își justifică Ion Antonescu atitudinea sa într-o Europă în care evenimentele se precipitau (pg 13).

România și realitățile vremii

Fără această alianță România ar fi avut soarta Poloniei; desființarea ca stat, masacru (asemănător celui de la Catin) pentru ofițerii armatei și internarea în lagăre de muncă a soldaților și gradelor inferioare, ca să nu mai vorbim de exodul către România și odiseea tezaurului Poloniei prin găurile României. Se adăugau acestor îngrijorări și speranța mărturisită a reîntregirii țării și în egală măsură prezervarea bogățiilor țării. *"Pentru România Mare, vă ordon treceți Prutul"*. Ce a urmat? Victoriei plătite prea scump la forțarea Prutului, la Țiganca, la Odessa, la Klețkaia, la Cotul Donului și la Stalingrad și dezastrul care i-a urmat cu distrugerea aproape completă a două armate (Armata a III-a și Armata a IV-a) care, plasate neinspirat, au trebuit să se desfășoare pe un front prea larg pentru puterile lor de acoperire (150 km, respectiv 300 km) (pg 23). Totul avea să înceapă pe 19 noiembrie 1942 când, după o înaintare în forță, trupele Axei vor fi oprite la Cotul Donului și Stalingrad după care a urmat dezastrul (Vasile Șoimaru pg 22). Deviza *"fraților, scapă cine poate"* (pg 27) era pe buzele tuturor, chiar și a comandanților.

Eroii supraviețuitori; Vasile Marin, Vasile Cogean, Vasile Cernat, Vasile Șoimaru, Neculai Mocanu, Gheorghe

Voiculescu, Nică Paiu, Minu Poede povestesc cu durere, într-un limbaj neaoș moldovenesc, despre acele vremuri de groază pentru oștean, jale pentru cei rămași acasă și restriște pentru țară.

Oameni simpli, tineri sau maturi, căsătoriți sau nu, cu familii și copii rămași acasă aveau să îndure adevărate chinuri ale iadului în tranșee, în confruntarea cu inamicul, în focul luptelor și canonadelor, înfruntând frigul, foamea, mizeria, dar mai ales spaima morții care pândea de pretutindeni și mai ales disperarea de a se salva din care izvorau adevărate acte de eroism (pg 28). *"În jurul nostru de colo-colo umblă soldați scofâlciți – slabi, obosiți, nebărbierți, murdari de glod. Uniformele sunt zdrențuite, mantalele la fel. La orice pas întâlnești pansamente la cap mâini și picioare – fața medicului exprimă disperare. Necătând la slăbiciunea fizică evidentă, muncesc, construiesc blindaje, beschiile răsună, topoarele strălucesc. Alții taie lemne; este nevoie de o sumedenie pentru a încălzi bordeiele săpate în pământul înghețat și pentru a topi gheața de pe pereți"* este consemnarea doctorului neamț Helmut Welz (pg 25).

Dezastrul retragerii

În suferința lor, deși erau marcați fizic până la epuizare și pregătiți psihic pentru moartea pe care o înfruntau în fiecare zi, sunt aproape unanimi în a recunoaște și suferința inamicului, fără a-i ierta excesele la care cotropitorii au supus populația românească după ruperea frontului Iași-Chișinău. Dincolo de eroismul și actele de bravură episodică, generate de dramatismul războiului, dominanta mărturisirilor eroilor supraviețuitori este jalea și suferința în care nu-și are locul decât licărul de speranță în ajutorul lui Dumnezeu. *"Stăteam ghemuiți cu arma la picior, cârciți de mocirla de pe fundul tranșeelor, apa zmârcăia în bocanci la fiecare mișcare a picioarelor. În aceste condiții, moartea acționa în fiecare ceas, în fiecare zi, fără intervenția inamicului"* (pg 37).

Retragerea și drumul spre țară, după ieșirea din încercuire, nu a fost mai puțin dramatică *"Să te retragi în plină noapte, pe un ger cumplit care încremenea totul în jurul său și cu inamicul în spate (...) în bezna nopții în vuietul vântului, departe de țara mea, departe de satul meu, departe de casa părintească! Ochii lăcrimau, lacrimile înghețau pe obraz, vântul ne biciuia fără milă. Picioarele atârnav grele ca plumbul, amorțeau, nu le mai simțeam. Cu țurțurii de gheață pe obraz, pe bărbie, pe mustăți ne deplasam mai departe"* (pg 40). Să adăugăm represaliile din partea localnicilor, vânătoria din partea partizanilor (pg 71) și umilința retragerii ca și calvarul lagărelor de prizonieri care, pentru unii, a durat mai mult decât războiul dacă au mai ajuns vreodată să se întoarcă acasă.

Atmosfera și calvarul prizonieratului ni-l descrie Gheorghe Voiculescu, unul din eroii cărții care a făcut tot războiul din est, dar a fost luat prizonier din țară, după 23 august 1944 și dus în Asia Centrală, Dombas și Novokrematorskaia "ca să repare ce au stricat" A stat în prizonierat până în anul 1948 când s-a întors acasă. În total patru ani de război și patru ani de prizonierat. Dar, parcă pentru a face diferența, autorul reproduce jurnalul din prizonierat al locotenentului învățător Tache Brumă, căzut prizonier la germani în septembrie 1944 în misiune fiind la Moldova Nouă și internat în lagărul de la Wuzetz-Wastrau. (pg 117-194). În acest jurnal este descrisă cu lux de amănunte viața din lagăr; cu restricțiile și libertățile ei, cu

posibilitatea de mișcare, exprimare, informare și opinie, cu rația de hrană, cu activitatea culturală și conferințele săptămânale, cu condițiile de cazare și relația de respect din partea comandantului lagărului căpitanul Virt.

Aflăm de la el de organizarea Armatei Naționale Române sub comanda generalului Platon Chirnoagă (membru al Guvernului Național Român de la Viena în calitate de ministru de război) la care o parte din ofițerii din lagăr au aderat. Menirea acestei structuri militare și organizării politico-administrative era să apere independența României care, în pofida imensei jertfe pe frontul de vest (peste 300.000 de soldați și ofițeri), nu a primit statutul de țară învingătoare, deși a participat efectiv la eliberarea Ungariei, Poloniei și Cehoslovaciei.

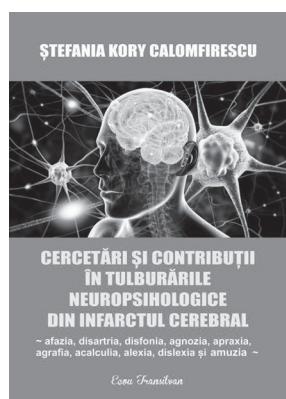
Asta și pentru faptul că după al doilea război mondial, România nu a avut o personalitate de talia reginei Maria, capabilă să-i apere interesele și să-i schimbe cursul istoriei. Mai mult, la finalul jurnalului răzbate o anumită recunoștință și prețuire pentru mărinimia și curtoazia tovarășilor din comandamentul sovietic de ocupație de la Wustrau care au și participat la ceremonia prilejuită de ziua națională a României (10 mai).

Bănuim că viitorul său la înapoierea în țară va fi fost altul decât a celor care au luptat pe frontul de est și care au fost discriminați în viața socială (pg 87). Totuși "Cu sufletul schilodit" au rămas majoritatea celor care au suferit, capitol în care este admirabil redat prin interviul lui Minu Poede care își amintește grozăviile tăvălugului bolșevic care s-a rostogolit peste țară și crunta dezamăgire care a urmat, lumea fiind convinsă că țara a fost vândută (pg 208).

O nouă carte a acad. prof. univ. dr. Ștefania Kory Calomfirescu

CERCETĂRI ȘI CONTRIBUȚII ÎN TULBURĂRILE NEUROPSIHOLOGICE DIN ÎNFARCTUL CEREBRAL

Dr. Al. Florin Țene, Cluj



PENTRU a scrie despre apariția unei noi cărți a doamnei academician prof. univ. dr. Ștefania Kory Calomfirescu mă simt obligat să mă întorc în istoria formării personalității acestui Om dăruit oamenilor. A absolvit Facultatea de Medicină Generală din cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca (1961). A obținut în 1974 titlul de doctor în me-

dicină, specialitatea Neurologie, cu teza Edemul cerebral acut în accidentele vasculare cerebrale de tip tromboembolic și hemoragic (fiziopatologia simptomelor, diagnostic și tratament).

După terminarea facultății a fost repartizată ca medic generalist în comuna Bălan (județul Sălaj). Aici a refăcut dispensarul, a înființat cabinete de consultații pentru copii și adulți, sală de nașteri, o farmacie și un mic laborator pen-

trul analizele sumare. În 1966 a fost angajată ca medic secundar, în urgențe medico-chirurgicale, la stația de salvare, și, din 1969, la Clinica de Neurologie din Cluj, unde a activat până în 1986 când s-a transferat la Spitalul Clinic de Recuperare, deschizând aici Secția de Neurologie.

În loc de concluzii

Cu toate acestea, eroi au fost și cei care au căzut în est și cei care au căzut în vest, pentru că toți au făcut-o cu gândul la țară și la neam, iar astăzi nu se regăsesc decât în locurile de jale, meditație și amintire, adică în cimitirele eroilor și în pomenirile liturgice din ritualurile bisericilor și mănăstirilor noastre. Este și titlul capitolului cu care această carte de istorie trăită se încheie, a cărei stil reportericesc este mai mult decât convingător prin îndemnul său la meditație și adevăr.

Asemenea evocări s-ar putea constitui și într-un îndemn pentru cei care scriu istoria, că participarea României la cel de al doilea război mondial ar trebui reevaluată și reconsiderată în contextul realităților istorice și nu pe criterii subiectiv-ideologice sau conjunctural politice, măcar și pentru memoria celor mulți și tăcuți care au căzut pentru țară, neam, credință, familie și copii, realizând acel trecut pe care istoria unui neam se sprijină. Pentru că o țară sau neam fără trecut nu are viitor, oricât de promițător și seducător ar fi prezentul.

Este o carte care trebuie citită, în primul rând pentru dramatismul ei, în al doilea rând pentru valoarea și autenticitatea personajelor ei și mai ales, pentru mesajul ei, că războiul înseamnă jale, moarte și suferință, realități crude în fața cărora orice virtute pălește.

Posesoare a două certificate de inovator în recuperarea tulburărilor de limbaj, Ștefania Calomfirescu-Kory este primul medic din lume care a scris un tratat despre edemul cerebral. În prezent este profesor consultant și conducător de doctorate.

Datorită personalității sale, doamna academician Ștefania Kory Calomfirescu a fost primită în multe organizații profesionale interne și internaționale, printre care: Organizația Internațională de Cercetare a Creierului, Comitetul European de cercetare și tratament al sclerozei multiple, Federația Europeană de Neurologie, Academia Oamenilor de Știință din România, Asociația Publiciștilor Americani, Societatea Medicilor Scriitori și Publiciști din România, Liga Scriitorilor din România și Uniunii Mondiale a Scriitorilor Medici, Centrul Biografic Internațional, Cambridge, Consiliul Director al Universității Cambridge, redactor-șef al publicației „Neurologica Transilvaniae”, și în multe alte organizații.

Ca recompense a muncii sale de-o viață în domeniul cercetării științifice și a aplicării acestor cercetări în mediul spitalicesc a primit numeroase distincții, printre care: Medalia de aur a Mileniului din partea Universității Cambridge (2001), Diploma de excelență pentru întreaga activitate profesională și științifică, din partea Universității de Medicină și Farmacie din Cluj-Napoca (2003), Medalia comemorativă „Gheorghe Marinescu”, din partea Academiei Române (2006), Medalia Facultății de Educație Fizică și Sport a Universității „Babeș-Bolyai”, la împlinirea a 50 de ani de la înființare (2010), Titlul de „Senior al cetății”, din partea Primăriei Cluj-Napoca (2011), Diploma „Virtutea Literară” din partea Ligii Scriitorilor din România și Premiul Ligii Scriitorilor din România (2014), Diploma de Excelență pentru Neurologie din partea Societății pentru Studiul Neuroprotecției și Neuroplasticității (2015), Doctor Honoris Causa al Universității de Medicină și Farmacie din Cluj-Napoca (2015) etc. A fost prezentată în volumele: George Marcu, Femei de seamă din România. De ieri și de azi, Editura Meronia, București, 2017, George Marcu, Personalități feminine contemporane din România, Editura Meronia, București, 2013 etc. De-a lungul vieții a publicat numeroase cărți de specialitate, dar și de istorie a medicinei, fiind un nume de primă mărime în istoriografia medicinei clujene și naționale. Voi enumera doar câteva titlu de cărți semnate de doamna academician, pentru a vă face o imagine completă a personalității sale: Ștefania Kory Calomfirescu – Academicianul Constantin Bălăceanu-Stolnici. Promotor al școlii românești de neurologie și de geronto-geriatrie, Actualități în accidentele vasculare cerebrale. De vorbă cu academicianul Constantin Popa, Cercetări și contribuții în afazia din accidentele vasculare cerebrale, Cercetări și contribuții în tulburările neuropsihologice din infarctul cerebral, Despre Academicianul Profesor Dr. Constantin Popa, Despre profesorul Dr. Docent Dumitru Dumitrașcu și evoluția școlii de gastroenterologie clujeană, Despre savantul Gheorghe Marinescu și colaboratorii săi, Drum spinos. Un început în profesia medicală Kinetoterapia pacienților în faza acută a accidentelor vasculare cerebrale, Kinetoterapia pacienților în faza acută a accidentelor vasculare cerebrale, Mari profesori ai medicinei clujene, Mari profesori din generația de aur a școlii medicale clujene, Moartea cerebrală și transplantul de organe, O viață pentru medicină și beletristică medicală, Profesorul Dr. Doc. Crișan Mircioiu, Profesorul Dr. Doc. Crișan Mircioiu și promoția 1961 a școlii medicale clujene, Profesorul Dr. Victor Papilian. Întemeitor al

anatomiei clujene și al primei societăți de antropologie din România, Școala de neurologie în medicina clujeană. 1957-2003, Școala strălucită de neurologie românească a savantului Gheorghe Marinescu, și multe alte lucrări.

De curând a apărut o nouă carte a distinsei academician Ștefania Kory Calomfirescu, intitulată „Cercetări și contribuții în tulburările neuropsihologice din infarctul cerebral”, volum ce a văzut lumina tiparului la Editura „Ecou Transilvan”, Cluj-Napoca, 2019, având o prefață de prof. univ. dr. Adela Maria Moș. Cartea am primit-o cu următorul autograf: „Domnului Președinte Al. Florin Țene, cu stimă, multă recunoștință și mult drag, ss Autoarea, 24 ian. 2020”.

Cartea este structurată în 9 capitole, acestea fiind studii despre: Afazia, Disartria, Disfonia, Disfazia, Agnozia, Apraxia, Agrafia, Acalculia, Alexia, Dislexia, Amuzia și Bibliografia, foarte bogată, ce denotă că autoarea a studiat lucrări din aceste domenii publicate pe mapamond și în țară de-a lungul vremii.

În Prefața lucrării doamna prof. univ. dr. Adela Maria Moș ne lămurește în chitesență, luată ca: în filosofia scolastică, substanță eterată, considerată al cincilea și cel mai subtil element, extrasă din corpul care o conținea și despărțită de celelalte patru elemente, mai puțin fine, sau ca element esențial din ceva, precum elementul cel mai ales, cel mai subtil Cf lamură, miez, floare, sau (Pex) Tip. despre bolile examinate de autoare în această carte.

Fiind o carte de specialitate, mă rezum la a cita un text, de pe ultima copertă, a autoarei, ca esență a ideilor ce se desprind din acest amplu studiu: „Examinarea clinică a unui pacient afazic trebuie să înceapă cu anamneza, care pe lângă datele generale este necesar să precizeze unele aspect specifice (preferința manuală, limba maternă, limbi străine cunoscute, gradul de școlarizare, profesia, regiunea natală sau cea în care pacientul a trait o perioadă lungă de timp), după care trebuie să se cerceteze vorbirea spontană narativă, vorbirea provocată (interpretativă), vorbirea repetată, vorbirea automată, denumirea, examinarea elementară a funcției verbale receptivă, examinarea ordinelor verbale, examenul Token text, examinarea grafiei spontan narrative, grafia dictate, grafia copiată, lexia receptivă, examinarea ordinelor scrise și lexia expresivă.(...) De recuperare oricărui pacient afazic depinde calitatea vieții sale. De aceea, „afaziologia este știință, artă și umanism!”

Dezbateră asupra acestui aspect crucial ne-a condus, în cele din urmă, la necesitatea schimbării cadrului conceptual al științelor cognitive. Această concluzie ni s-a impus ca necesară, în principal, dat fiind că perspectivele deschise de „paradigma cognitivă” s-au dovedit mult prea largi, în ambiția lor de a realiza „știința totală” ca o „unificare” sau, mai precis, o integrare a științelor culturii în cadrul epistemologic al științelor naturii și medicinei. Impunerea cadrului conceptual al lingvisticii integrale, drept bază a integrării științelor umaniste, a făcut obligatorie o prezentare a premiselor epistemologice ale cercetării. Pe această cale se determină „funcția semnificativă”, a limbajului (obiectul autentic al lingvisticii ca „știință a culturii”) drept constitutivă și fundamentală pentru activitatea minții umane.

Cartea doamnei academician Ștefania Kory Calomfirescu este încă o dovadă că marea personalitate a autoarei se înscrie în Istoria medicinei mondiale, dar și ca istoriograf specializat în istoria medicinei naționale.

Răsfoind reviste medicale

JURNALUL ROMÂN DE REABILITARE A PACIENȚILOR CU BOLI NEUROLOGICE NR. 1-2/2019

Dr. Nadia Fărcaș, Cluj

Jurnalul a fost înființat de d-na Profesor Univ. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu, în anul 2018 și a fost publicat până acum la Editura Ecou Transilvan din Cluj-Napoca, cât și în continuare.

În numărul acesta au apărut următoarele lucrări științifice: "Etica kinetoterapeutului în recuperarea pacientului hemiplegic după un accident vascular cerebral"; "Evaluarea primară a pacientului hemiplegic"; "Testarea fibrelor nervoase autonome"; "Clasificarea topografică și etiologică a hemiplegiilor vasculare cerebrale"; "Netezirea ca formă principală de masaj"; "Testarea

clinică musculo-articulară pentru cuantificarea deficitelor neurologice"; "Din istoria medicinei clujene"; "Despre savantul Gheorghe Marinescu"; "Reabilitarea pacienților cu scleroză multiplă".

Autori și coautori acestor lucrări științifice sunt: Ștefania Kory Calomfirescu, Adela Maria Moș, Mircea Șerpe, Ioana Todea, Delia Stanca, Vasile Țibire, Marilena Kory-Mercea, Rodica Loloș și Vitalie Văcăraș.

Acest jurnal reprezintă o binefacere pentru toți pacienții din România care suferă de diferite boli neurologice.



JURNALUL ROMÂN DE AFAZIOLOGIE NR. 1-2/2019

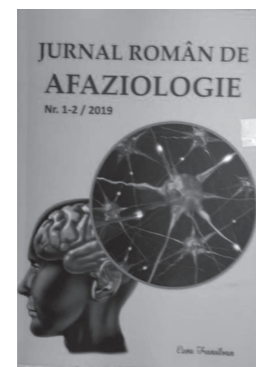
Dr. Nadia Fărcaș, Cluj

Jurnalul român de afaziologie a fost înființat de d-na Profesor Univ. Dr. Ștefania Kory Calomfirescu, în anul 2018 și a fost publicat prin Editura Ecou Transilvan din Cluj-Napoca, până în momentul de față, cât și în continuare.

În acest număr au fost elaborate următoarele lucrări științifice: "Despre istoria formelor clinice de afazie"; "Examinarea clinică a bolnavilor afazici"; "Protocolul testului W. A. B (Western Aphasia Battery)"; "Din istoria medicinei clujene. Saga neurologiei clujene (1857-2003)".

La redactarea acestor materiale științifice au participat următorii autori și coautori: Ștefania Kory Calomfirescu, Dragoș Cătălin Jianu, Rodica Loloș, Delia Stanca, Cristian Marge, Marilena Kory-Mercea, Vitalie Văcăraș și Diana Carmen Matcău, din diverse centre universitare.

Sperăm că acest jurnal național de afaziologie să se bucure de o frumoasă apreciere din partea celor interesați în studiul afaziei pe plan național și în binele bolnavilor, pentru ridicarea calității vieții lor.



REVISTA ACTA NEUROLOGICA NR. 1-2/2019

Dr. Nadia Fărcaș, Cluj

Revista "ACTA NEUROLOGICA" este din anul 2018 continuarea revistei "ACTA NEUROLOGICA TRANSILVANIAE", care a apărut timp de 22 de ani cu câte patru numere pe an. Ambele au fost publicate prin editura Ecou Transilvan din Cluj-Napoca.

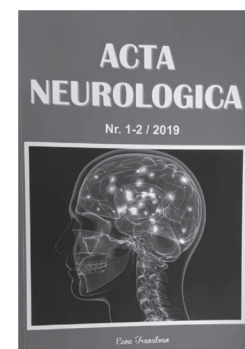
În acest număr au apărut următoarele lucrări științifice: "Demența – o problemă de sănătate publică"; "Cogniția socială în demență"; "Frontotemporal dementia-molecular, genetic and imagistic particularities"; "Mild cognitive impairment" și "Boala Alzheimer și calitatea vieții".

Revista "ACTA NEUROLOGICA" va trata în continuare aspecte de recuperare în boli neurologice, probleme legate de afazie la pacienții după accidentul vascular cerebral, probleme legate de emisfera dreaptă, aspecte din istoria medicinei și neurologiei românești și clujene, cuprinzând și o vitrină a cărților și monografiilor de actualitate, spre progresul științei neurologice românești fapt ce reiese din

cuprinsul revistei "ACTA NEUROLOGICA" nr. 3-4/2019.

"Etica kinetoterapeutului în recuperarea pacientului hemiplegic după un accident vascular cerebral"; "Obiectivele și principiile kinetoterapiei la pacienții cu parkinsonism primar"; "Tulburări psihice la bolnavii de scleroză multiplă (SM) din județul Bihor"; "Indicele Barthel pentru testarea bolnavului vascular cerebral"; "Recuperarea în fază acută după accidentul vascular cerebral"; "Factori de risc ai accidentelor vasculare cerebrale"; "Vitrina cărților"; "Din istoria medicinei clujene. Saga neurologiei clujene (1857-2003)"; "Despre savantul Gheorghe Marinescu și colaboratorii săi"; "Scleroza multiplă – Probleme de recuperare"; "Kinetoterapia pacienților cu boala Parkinson".

Sperăm că revista concepută în acest fel să se bucure de aceleași aprecieri ca și Revista "ACTA NEUROLOGICA TRANSILVANIAE" spre binele bolnavilor cu afecțiuni neurologice.



Medicină și cultură

PE ARIPILE TIMPULUI...

Dr. Claudia Lucia Ionescu, București

MOTO: *Să iubești pentru a fi iubit e omenesc, dar să iubești pentru a iubi, e aproape îngeresc.*

(ALPHONSE de LAMARTINE, 1790-1869, scriitor romantic francez, autor: Meditații poetice, Armonii poetice, romane autobiografice, istorice)

Calendaristic VARA, înseamnă o perioadă de timp cuprinsă între Solstițiul de vară (21 iunie) și Echinocțiul de toamnă (23 septembrie), fiind și anotimpul cel mai călduros. Teoretic căci, din nefericire „încălzirea globală și poluarea“, au dat peste cap ordinea firească a „derulării vremii“, trezindu-ne în plină iarnă cu zile primăvăratice și chiar mai mult...

Dar, ca să nu dereglez atmosfera prezentei însemnări, mă voi lăsa inspirată de momentul poetic, mai mult decât prognoză, readucându-vă aminte, cu tot respectul cuvenit că, în România, de regulă, excluzând excepțiile, IUNIE sau CIREȘAR are 30 de zile, (ziua 15 ore iar noaptea 9 ore); IULIE (CUPTOR) fiind cea mai călduroasă din an cu cele 31 de zile ale sale; AUGUST (GUSTAR) a opta lună din an având și ea, tot 31 de zile călduroase.

Am privit aceste luni din tiparul timpului, cu multă nostalgie, exprimându-mi astfel trăirile:

VLĂSTARE PREȚIOASE...

Miresme de flori, opale talazuri,
Plutind peste timpuri adunăm amintiri,
Ne naștem din ape șoptind în ecouri,
Și Luna ne cerne din stele sclipiri...

Ne mângâie lumina, nu ne-nspăimântă abisul,
Scrutăm cu ochii zarea, ne odihnim veghind,
Suntem copiii Țării, oștenii nemuririi,
Luptăm ca să ne naștem, luptăm ca să trăim.

Noi am zidit o lume și o privim crescând,
Am îmblânzit vulcanul și-ntrecem meteorii,
În zborul nostru scriem istoria de astăzi,
Cu litere de aur pe Strămoșesc Pământ.

MÂNGÂIERI!

Vânt bate dinspre ceruri spre geamul cu perdele,
Să-mi unduie-nainte a vremii lungă ață,
Și-n inimă îmi lasă răvașul de la stele,
Deși curaj nu are să mă privească-n față.

Se frânge, se înalță, mai stă apoi pornește,
Îmi trece lin prin carte și ochii mi-i mângâie,
Îmi scutură obrazul, dar nu se odihnește,
Nu vrea măcar o clipă cu mine să rămâie.

Coboară de pe frunze și fuge dup-o rază,
Îmi răscolește-n haine, în suflet și în gânduri,
Se-ntoarce, se ridică, tăcut apoi veghează,
Cum peste vremi uitarea s-așterne rânduri...

Aș vrea să-l prind în palmă, o clipă doar, odată
Să-l pun apoi la tâmplă și singur el să zboare,
Spre înaltul unde nimeni nu-l va găsi vreodată,
Doar gândul meu ce-aleargă departe către soare...

EXTAZ...

Prin gând un vânt
Adie blând,
Mă uit spre soare
Și simt o boare.

E vreme caldă
Aburi sub talpă,
Mă culc în fân,
Țin prunc la sân.

Priveghi de vis
Rugă-n abis
E vară aici
Ți-e dor și strigi.

Valsez cu luna
Și-mi visez muma,
Petale calde
Lacrimi sub pleoape.

Lumină sură,
Sărut pe gură,
E vară-n mine
Și-mi este bine...



VERSURI

Dr. Claudia Voiculescu, București

CĂLĂU ȘI OSÂNDIT DEODATĂ

Călău și osândit deodată,
M-avânt neobosit spre larg,
Chiar dacă valuri au să bată
Și-or năvăli spre-al meu catarg...

Hotar și nemărginire sunt,
Răzvrătire și întinsuri,
Pacea dragă și războiul crunt
Sau bobul din sămănături...

Și pământ și orizont deschis,
Bogată fără de comori
Merg cu pasul ferm or indecis
Și-s printre cei mai visători...
(1-2 mai 2019)

ÎMI APARE MAMA-N VISE...

Îmi apare Mama-n vise
Tânăra și tot frumoasă
Îmi aduce iar narcise
Și e noapte argintoasă...

Tot pe drumuri interzise
Cu parfum de chiparoase
Îmi apare Mama-n vise
Tânăra și tot frumoasă...

Ea vine din paradise
Poate m-o vedea mireasă...
Ursitorile-mi, decise,
Pe destinul meu apasă...

Îmi apare Mama-n vise...
(16 apr. 2019)

TRECERE...

Mai este-un drum mai lin pe dedesubt
Pe care mergem mai în urmă...
În urma noastră punțile s-au rupt,
Tăcuți ne-ndepărtăm de turmă...
Tot mai străini în amintire,
În târguri poate-or mai vorbi de noi
Sau undeva, pe la prășire
Sau toamna când porumbul îl desfoi,
Este-un drum mai lin pe dedesubt...
(19 apr. 2019 – azi, Tata ar fi împlinit 100 de ani)

UMBRELE DORMEAU PE MANUSCRISE...

În fapt de seară, o clătinare
De umbre căutând cărare
Sau poate încă semnul trecut
Pierdut în aer sau căzut în lut...

Cuibărește-n piept o disperare
Că se vor pierde la hotare
Și că făpturile lor mute
O, de vameși cruzi vor fi vândute...

Eu fac un semn și parcă-mi este scris
Lor să li se pară indecis
Iar vameșii mai pradă vreme
Umbrele nu știu să mă mai cheme...

Târziul pod în urma lor s-a rupt,
Trec prin apă... malul e abrupt...
La uși cu lacăte închise
Umbrele dormeau pe manuscrise...

GLICINELE-ACOPERISERĂ TOT GARDUL...

Treceam ca umbra pe la porți
Glicinele-acoperiseră tot gardul...
Aveam o disperare ieșită dintre sorți
Și de pe față îmi căzuse fardul...

Treceam precum un somnambul
Prin noaptea răcoroasă, albăstruie
Vedeam prin glajă ora din pendul
Cum bate-n miezul nopții inima-mi în cuie...

La masa ta de lucru tu compui
Versuri pentru-un suflet simțitor
Și nici nu știi că sunt a nimănu:
La porți te-aștept precum un cerșetor...

Poete, de-ai putea să risipești
În mâna mea cuvinte potrivite
Ai face daruri scumpe, boierești,
Și-ar rămâne-n veci nevremuite.



COMPANIA FARMACEUTICĂ AC HELCOR – UNITATE DE PRODUCȚIE FARMACEUTICĂ MODERNĂ DIN MARAMUREȘ. SCURT ISTORIC, EVOLUȚIE ȘI STATUS ACTUAL

Dr. Coriolan Pop – Președinte AC HELCOR

ABSTRACT

Grupul de firme AC HELCOR Baia Mare a fost înființat după 1989, când s-a permis privatizarea în domeniul farmaceutic, atât în ceea ce privește distribuția prin farmacii, cât și producția privată de medicamente. Această idee s-a născut imediat după Revoluție, când situația aprovizionării populației cu medicamente era dezastruoasă.

În acest context, doamna Farmacist Elena Pop s-a decis în anul 1990 să pună bazele primei farmacii private din nordul țării, farmacie care a fost punctul de pornire în dezvoltarea acestui grup de firme cu specific farmaceutic, pornind de la un principiu simplu "Vreau să ajut oamenii!", acesta fiind factorul care a determinat-o să inițieze dezvoltarea unui adevărat proiect de îmbunătățire a situației existente din piața farmaceutică.

Asfel, producția de medicamente, comprimate și capsule, extinsă cu producția de vitamine, suplimente naturale reprezintă acum activitatea de bază a grupului de firme companiei.

Cu o experiență largă de-a lungul celor 30 ani de existență, Compania farmaceutică AC HELCOR – producător de medicamente cu prescripție medicală, OTC, vitamine și suplimente alimentare de calitate farmaceutică, este recunoscută ca profesionist în domeniul medico- farmaceutic.

ISTORIC

Un scurt istoric al apariției și consolidării acestui proiect, rezultat al efortului extraordinar făcut de doamna Farmacist Elena Pop, este:

1990 – HELENA s-a înființat prima farmacie privată din nordul României, în cadrul căreia a fost dezvoltat primul laborator de microproducție farmaceutică. Prin investiții susținute, succesive, s-au pus bazele unei unități de producție industrială farmaceutică.

- **1993** Se înființează **Compania AC HELCOR**, care de la început a pus pe piață o producție românească de calitate și eficacitate comparabilă cu producția de la nivel european, pentru început în colaborare cu centre de cercetare farmaceutică de tradiție din țară, în interesul ofertei alternative de medicamente românești și accesibile populației.

- **1996** Unitatea de producție AC HELCOR s-a extins în spațiul nou extins și la standarde **GMP (HELCOR 1)**, rezultat al unei investiții importante, în colaborare cu o companie din Marea Britanie, stabilizând astfel baza pentru afirmarea pe plan național ca producător român de generice.

- Între anii **1997-2000** s-a tehnologizat întreaga fabrică cu dotări de vârf – **automatizarea AC HELCOR**, cu facilități și instalații industriale computerizate, s-au organizat spațiile și a circuitul conform standardelor GMP, ceea ce a dus în anul 2000 la obținerea Certificatului GMP, de producător român care respectă standardele europene de bună practică de fabricație (Good Manufacturing Practice), AC HELCOR fiind printre primele unități de producție care au obținut acest certificat, după o inspecție extrem de riguroasă a Agenției Naționale a Medicamentului.

- Fondarea Centrului de Cercetare Dezvoltare/Pilot AC HELCOR (C&D/P AC HELCOR)

Asfel, în cadrul unității de cercetare dezvoltare AC HELCOR s-a pus la punct pentru prima dată în România:

1.	Tehnologia de obținere a comprimatelor retard – cu eliberare prelungită – CORZEM 120 mg – formulă brevetată
2.	Tehnologia de obținere a comprimatelor filmate – acoperite – 1996

3.	Ambalarea medicamentelor în blistere – 1996 – a fost realizată pentru prima oară în România în fabrica HELCOR.
4.	Formule farmaceutice originale – 5 brevete de invenție
5.	Formule farmaceutice (3) premiată național în cadrul Salonului național de Inventică 2007, 2019,...
6.	Prima stație pilot GMP de cercetare a medicamentului – scalare Centrul de Cercetare Dezvoltare-Pilot (C&D-P) – 2000
7.	Producția din extracte naturale standardizate la principii active – 2004
8.	Peste 20 principii active de origine naturală produse în premieră în România (prim produs românesc)
9.	Peste 20 medicamente generice produse pentru prima oară în România (20 prim generice românești)
10.	Centrul C&D – P AC HELCOR efectuează studii de:

Preformulare și formulare – Centrul de cercetare dezvoltare Pilot AC HELCOR dezvoltă studii de biofarmacie, siguranță, eficacitate clinică, de calitate și siguranță farmaco-toxicologică în colaborare cu cele mai importante unități de cercetare universitare, subiectul unui număr important de lucrări științifice, comunicate la manifestări interne și internaționale, publicate în reviste de profil, proiecte de doctorat, licență.

Proiecte de cercetare științifică în cooperare cu centre de cercetare repute din țară (Institutul V. Babes, Universitatea Politehnica, Universitatea de medicină F Carol Davila, UMF I. Hatieganu, Centrul de Cercetare Scient)

2000-2010 – etapa a continuat cu pregătirea echipei de specialiști care a dezvoltat o puternică activitate de cercetare:

- studii de preformulare și formulare a produselor farmaceutice orale, comprimate și capsule gelatinoase tari,
- controlul fizico-chimic al calității produselor,
- studii farmaco-cinetice,
- studii de biodisponibilitate in vitro și in vivo,

perioadă marcată de punerea pe piață a 60 de medicamente generice bioechivalente a căror siguranță și eficacitate a fost verificată în laboratoare fizico-chimice și microbiologice de profil, de nivel național. S-au demarat numeroase proiecte de cercetare în parteneriate cu instituții medico-farmaceutice din țară: Facultatea de Farmacie din cadrul UMF Cluj Napoca, UMF București, Institut de Cercetare Timișoara și Targu Mureș, ceea ce a dus la efectuarea a peste 40 de studii de bioechivalență – ca punct important în acreditarea produselor AC HELCOR – ca produse generice.

CENTRUL DE CERCETARE ȘI DEZVOLTARE FARMACEUTICĂ /PILOT AC HELCOR

Investițiile în tehnologii avansate de producție și laborator, au permis instituirea unor metode de control modern a calității, precum și dezvoltarea activității de cercetare aplicativă, ceea ce a dus la încrederea în produsele HELCOR și siguranța acestor produse.

Centrul de cercetare și dezvoltare farmaceutică HELCOR realizează continuu zeci și sute de studii de biodisponibilitate, bioechivalență, stabilitate și siguranță, în conformitate cu cele mai înalte standarde europene de fabricație farmaceutică.

În prezent, centrul de cercetare HELCOR derulează și finanțează **sapte proiecte de dezvoltare farmaceutică** în parteneriat cu universități din România și inovează încontinuu formule de medicamente, noi sisteme de cedare, noi formule farmaceutice.

MUZEUL FARMACEUTIC AC HELCOR

În **2011** a fost inaugurat muzeul farmaceutic AC HELCOR, înființat de farmacistul Pop Elena și **Centrului de Trainig AC HELCOR** ca centru de dezvoltare a resurselor umane, proiect cu susținere Europeană. Tot în acest an a fost înființat **depozitul**

central al fabricii AC HELCOR, un spațiu cu capacități extinse de peste 1000 mp de depozitare și operare conform standardelor de calitate GMP/GDP.

DIVIZIA DE MEDICAMENTE CU PRESCRIPȚIE (Rx)/OTC

Compania AC HELCOR a reușit să-și structureze producția pe mai multe domenii, astfel portofoliul AC HELCOR cuprinde 110 produse, din care 60 sunt medicamente generice ce acopera 9 clase terapeutice: cardiovasculare, antiinfecțioase, analgezice antipiretice, antiinflamatoare, expectorante, antiulceroase, antialergice, antiidiareice și neurologice.

Medicamentele generice sunt medicamente similare produsului novativ și care fac față extrem de bine cerințelor pieții, acest lucru fiind dovedit prin rezultatele terapeutice obținute în cadrul tratamentelor. De regulă, acestea sunt medicamente compensate de către stat cu procente diferite, iar coplata din partea pacientului este foarte redusă. Menționăm că prețurile medicamentelor compensate sunt foarte mici și sunt impuse de către stat, reprezentând o medie a prețului din cele 12 țări din Europa. Practic, sunt cele mai mici prețuri de medicamente din Europa.

BioSunLine® – DIVIZIA DE VITAMINE ȘI SUPLIMENTE ALIMENTARE MARCA AC HELCOR

În ultimii ani s-a pus accent pe dezvoltarea diviziei de Vitamine și Suplimente Alimentare – BioSunLine®, fondată de Farm. Elena Pop, dezvoltată de farm. dr. cercet. Anca Pop împreună cu echipa de cercetare condusă de farm. Chim. Simona Crisan, începând din anul 2004, ajungând în prezent la peste 70 de produse, având peste 10 produse noi în dezvoltare. BioSunLine® a fost dezvoltată de cercetători farmaciști, medici și biologi, cu experiență în domeniul nutriției, plantelor, terapiilor convenționale și complementare în laboratorul de Cercetare-Dezvoltare al companiei, ca o completare a terapiilor convenționale pe baza nevoilor oamenilor pentru sănătate și face parte integrantă din portofoliul companiei.

Suplimentele alimentare din gama BioSunLine® sunt remedii naturale, dar realizate cu tehnologii moderne, la standarde farmaceutice, folosind ingrediente de puritate farmaceutică: extracte standardizate, îndulcitori naturali, arome și coloranți naturali (din plante).

CERTIFICARE EXTINSA EUROPEANA DE CALITATE A PRODUCTIEI

Compania Farmaceutică AC HELCOR este certificată pentru liniile de producție și distribuție în conformitate cu:

1. Ghidul de bună practică de fabricație GMP și distribuție GDP
2. cerințele Standardului ISO 9001/2015 privind managementul calității
3. cerințele Standardului ISO 22000/2018 privind managementul siguranței alimentului.

PARTENERIATE STRATEGICE

Cu un portofoliu bogat de produse medicamente generice și suplimente alimentare, în cei peste 30 ani existență, AC HELCOR a dezvoltat numărul colaborărilor cu parteneri valoroși din țara și străinătate, produsele companiei fiind prezente atât în marile lanțuri de farmacii, dar și în farmaciile independente, drogherii și magazine naturiste. Acoperirea națională este extinsă cu prezența pe piețele din Europa de Vest și de Est, iar din ultimii ani, pe piețe internaționale în Iraq, Cipru, Arabia Saudită, Kosovo și Serbia.

TAXA CLAWBACK PE MEDICAMENTE

Din anul 2009 a fost introdusă o taxă suplimentară de circa 25% asupra medicamentelor eliberate în sistem compensat în România, plătită trimestrial. Fondurile de cercetare dezvoltare ale companiilor de profil au fost reduse drastic în timp ce la bugetul de sănătate s-a contribuit cu sume trimestriale impresionante de către producătorii farmaceutici, susținând astfel semnificativ sistemul de sănătate din România timp de peste 10 ani.

Dezvoltarea din ultimii 10 ani a Companiei s-a realizat cu eforturi financiare, profesionale și economice, pe fondul existent al supra fiscalizării extreme a producției farmaceutice de generice, datorită taxei clawback, politici ce duc la obstrucția și blocarea dezvoltării în continuare a unei producții de medicamente în România. Cum s-a observat în cursul pandemiei COVID-19 existența unui sistem sanitar viabil, prosper, din care face parte industria farmaceutică, este esențială pentru binele populației, prin asigu-

rarea de medicamente și dispozitive medicale accesibile și de excelență calitate către populație.

IN PREZENT AC HELCOR

În ultimii ani, sub conducerea **dr. Pop Coriolan**, s-au realizat o serie de investiții necesare dezvoltării și menținerii Companiei la nivelul standardelor impuse:

1. up-gradarea softurilor specifice fabricației produselor farmaceutice (granulare, ambalare automata, etc.)
2. achiziția de echipamente suplimentare și moderne de control (sistem cromatografic HPLC)
3. up-datarea climatizării laboratorului de microbiologie prin sistem centralizat capabil să controleze temperatura și umiditatea în spațiul de lucru
4. achiziția unui sistem de **serializarea medicamentelor**, în conformitate cu Directiva 2011/62/UE
5. înlocuirea softului informatic ERP/BI, capabil să tina pasul cu provocările vremurilor actuale prin asigurarea de rapoarte rapide, cu date evaluate în timp real.
6. dezvoltarea preparatelor personalizate din **gama de cosmeceuticale AC HELCOR-HELENA**, realizate în colaborare cu farmaciștii din **farmacia Helena**, ca răspuns la nevoile pieții.
7. Inițierea activității de distribuție online

8. Derularea proiectelor de cercetare europene – activitate de cercetare științifică și introducere de tehnologii inovative de înaltă specializare în premiera în România în colaborare cu echipe repute de cercetători științifici universitari din București și Cluj.

FARMACIA HELENA – TOTUL PENTRU SĂNĂTATEA TA

Ideea de producție farmaceutică a fost o preocupare a doamnei farmacist Pop încă de la început, chiar în cadrul Farmaciei Helena, unde inițial s-a dotat un mic laborator de microproducție farmaceutică. Aceste realizări, din perioada 1991-1992, au făcut posibilă dezvoltarea farmaciei și a dat încredere fondatorilor de a investi în achiziția unor tehnologii complexe care, ulterior, au pus bazele fabricii de medicamente AC HELCOR.

În prezent, în laboratorul farmaciei Helena, farmaciștii cu experiență prepară atât rețete magistrale, cât și preparate elaborate pe baza unor rețete proprii – **gama de preparate farmaceutice personalizate** – în serie mică **marca HELENA – realizată în 2019**, ce cuprinde în prezent circa 20 de produse preponderent de uz extern.

Pentru a oferi servicii farmaceutice cât mai aproape de pacient și pentru a facilita accesul la produse, fara a fi orientată spre dezvoltarea în rețea, farmacia Helena a deschis, de-a lungul timpului, mai multe puncte farmaceutice în Baia Mare și județul Satu Mare.

Ultimul **punct de lucru – HELENA 73** – deschis în 2020 – este în sediul vechii farmacie de stat Nr. 73, unde doamna Farmacist Elena Pop a activat ca farmacist de circuit public și receptură (preparare de medicamente) timp de 10 ani.

Pentru a marca cei 30 de ani de la deschidere, farmacia Helena a abordat o nouă identitate vizuală, a urmat un proces vast de re-branding și și-a extins serviciile și în mediul online.

Noua farmacie HELENA online – 2019, www.farmaciahelena.com, reprezintă oglinda activității din farmaciile existente și extinderea notorietății și serviciilor de înaltă calitate și pe plan național, proiect binevenit mai ales în contextul pandemiei cu virusul SARS-COV-2 din acest an.

CONCLUZII

Cu fiecare produs și serviciu, Compania AC HELCOR încearcă să-și îndeplinească crezul asumat de a se pune în slujba oamenilor, de a contribui la o viață mai bună și mai sănătoasă.

Viziunea firmei este de a fi în continuare un pilon de referință în producția de medicamente și produse pentru sănătate în România, capabil și statornic, la nivel național și internațional, ca investitor important și continuu în cercetare, dezvoltare și producție, toate acestea pentru îngrijirea sănătății oamenilor.

Misiunea firmei este ca prin forțe proprii, prin cunoaștere, străduință și excelență profesională să pună la dispoziția milioanelor de oameni medicamente sigure, moderne, eficiente și accesibile.

FĂRĂ
zahăr, coloranți
și conservanți

Gama de Vitamina C pentru susținerea sistemului imunitar, de la BioSunLine®



1000 mg
cu Zinc



formă retard,
cu ascorbat de
calciu și
hesperidină



CU
propolis pur,
îndulcită
vegetal



simplică



CU
echinacea,
îndulcită
vegetal



imuno-
stimulator
pentru
copii



Acestea sunt suplimente alimentare. Citiți cu atenție informațiile de pe ambalaj.



GABA
de origine
naturală

Glisepan® +



- Comparație neuractivă echilibrantă UNICĂ:
 - GABA, glutamină, glicină, vitamina B₆ și B₉
- Menține durata și calitatea somnului
- Efect liniștitor
- Susține capacitatea de concentrare și memoria

Acesta este un supliment alimentar. Citiți cu atenție informațiile de pe ambalaj.



Compania Farmaceutică AC HELCOR®
Divizia de Vitamine și Suplimente alimentare BIOSUNLINE®
www.biosunline.ro

