

# ABORDAREA RELAȚIEI MEDIC-PACIENT ÎN CONTEXTUL DIAGNOSTICULUI ȘI ORIENTĂRII POSTOPERATORII LA COPIL

*General practitioner – patient relation view in the context of diagnosis  
and postoperative orientation in child*

**Dr. Valeriu Hărăbor<sup>1</sup>, Dr. Anamaria Hărăbor<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Medic rezident medicină de familie, Galați, doctorand UMF „Gr. T. Popa“, Iași

<sup>2</sup>Medic specialist, Spitalul „Buna-Vestire“, Galați, doctorand UMF „Gr. T. Popa“, Iași

## REZUMAT

Relația medic-pacient presupune pe lângă diagnosticarea, orientarea și supravegherea postoperatorie, și o consiliere afectivo-psihologică: trupul se vindecă mai ușor dacă sufletul este liniștit. Această interacțiune, mai ales dacă pacientul este copil, conduce la un atașament particular al bolnavului față de omul în halat alb. Diagnosticul pe care îl stabilește medicul de familie este unul complex, bio-psiho-social, relația dintre pacientul-copil și medic putând fi comparată cu relația copil-părinte.

**Cuvinte cheie:** medic de familie, pacientul-copil, diagnostic bio-psiho-social

## ABSTRACT

The doctor-patient relationship assumes not only diagnosis, orientation and postoperative surveillance but also psychological and affective counselling: the body heals faster if the soul is peaceful. The interaction general-practitioner-patient, especially if the patient is a child, creates a special attachment of the patient to the man in white. The diagnose that the general-practitioner establishes is a complex bio-psycho-social one, the relationship between the doctor and the child can be compared to the parent-child one.

**Key words:** general practitioner, child-patient, bio-psycho-social diagnosis

Orice proces patologic este însoțit de modificări cantitative și calitative ale metabolismului, care constituie forma principală de manifestare a vieții.

Uneori, alături de afecțiunea chirurgicală, copilul și, în special, adolescentul, prezintă și alte probleme, pe care medicul de familie le descoperă de cele mai multe ori. Astfel, relația medic-pacient este corelată alături de diagnosticarea, orientarea și supravegherea postoperatorii, și de o consiliere și coordonare afectivo-psihologică, întrucât dacă sufletul este liniștit, și trupul se vindecă mai ușor.

Munca medicului este adesea o succesiune de stări emoționale, bolnavul fiind *adevăratul stăpân în medicină*.

Relațiile cu bolnavul nu trebuie să-l ducă pe medic la relații reci, de rutină sau să-l facă pe medic să-și piardă din curiozitate și entuziasm. Parson (citată Scripcaru), arată că medicul poate adopta cinci tipuri de atitudine în fața omului bolnav: competența, tehnica universalistă, specificitate funcționarească, neutralitate afectivă (când refuză relațiile personale cu bolnavul), altruistă.

Relația *medic pacient* se materializează în majoritatea cazurilor printr-o relație de tip special, un anumit tip de relații afective și de atașament particular afectiv al bolnavului față de medic.

Acest tip de relație iese în mod deosebit în evidență în cadrul tratamentului psihoterapeutic. Freud

Adresa de corespondență:

Dr. Anamaria Hărăbor, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa“, Str. Universității, Nr.16, Iași  
haraboranamaria@yahoo.com

a propus pentru acest tip de relație, dintre *medic și pacient*, denumirea de transfer. În acest fel, psihanaliza a teoretizat pentru prima oară în cadrul unui concept teoretic încheșând complexa problematică a relației medic pacient, subliniindu-se în acest caz primordialitatea relației afective.

Pentru psihanaliză, subliniază Moron, transferul este o repetiție în cadrul actual al pacientului și în particular în cadrul relației cu medicul a atitudinilor emoționale inconștiente dezvoltate în perioada copilăriei față de părinți.

În opinia lui Delay și Pichat, transferul pentru psihanaliză este o repetiție în viața actuală a atitudinilor inconștiente, dezvoltate în cadrul relației sale cu părinții. Astfel, bolnavii relatează la medic atitudinile lor afective, ostilitatea și relațiile ambivalente pe care pacientul le-a avut anterior cu părinții sau cu alte persoane semnificative din anturaj. Bolnavul se comportă față de medic ca și cum ar fi în fața părinților săi. Această relație de dependență apare pregnant în timpul transferului, care poate fi pozitivă dar și negativă.

Tot Freud descrie și o altă noțiune deosebit de importantă: *contratransferul*, constând în atitudinea medicului (de obicei se referă la atitudini negative) față de bolnav.

Această atitudine *contratransferențială* poate apărea la infirmiere sau asistenți, iar în cazul medicilor se poate exprima printr-un comportament negativ direct sau indirect față de bolnav (atitudini răutăcioase, ranchiună, persecuție). *Contratransferul*, subliniază Moron, este rezultatul influenței pe care bolnavul o exercită asupra sentimentelor inconștiente ale medicului prin proiecții și identificări iraționale.

Gravitatea bolii, arată Sivadon, este direct proporțională cu fenomenele de dependență și intensitatea transferului.

Din acest punct de vedere, pacienții cu afecțiuni ușoare fiind mai greu de îngrijit (din cauza regresiei și dependenței care este mai mică decât la bolnavii grav).

Apariția transferului și *contratransferului* sunt fenomene periculoase dacă medicul nu posedă o formație psihologică necesară. Dacă fenomenele de transfer și *contratransfer* se manifestă pe fundalul fenomenelor de regresie și dependență, vindecarea bolnavului nu se poate considera ca desăvârșită în afara ieșirii din această situație, ceea ce presupune ieșirea din starea de dependență și regresie, acesta fiind fenomenul de recucerire a autonomiei.

Nu se poate concepe fenomenul vindecării în afara cuceririi complete a autonomiei. Vindecarea somatică, fiziologică, nu poate fi desăvârșită dacă

la aceasta se adaugă autonomia sau vindecarea psihologică.

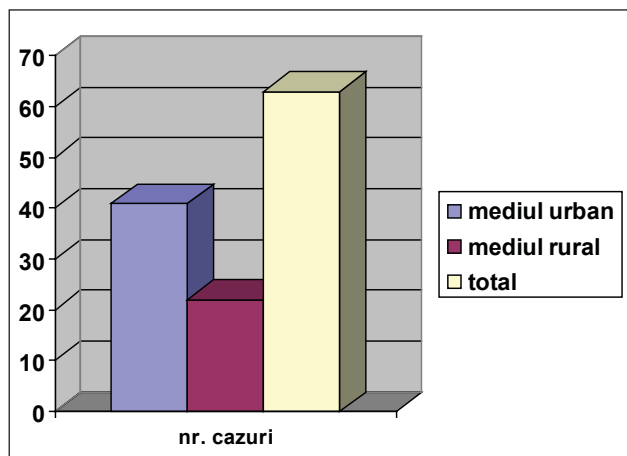
Faptele sunt similare cu cele din cadrul fenomenelor psihologiei adolescentului, care pentru a se individualiza, trebuie să se separe ca personalitate, acest lucru mergând până a ajunge la opoziții.

Și pacientul, subliniază Savidon, cu cât se apropie mai mult de vindecare, ia o aparentă opoziție, ostilitate, ingratitude. De fapt, regresivitatea și autonomia pacientului corespund în viziunea sa celor două faze terapeutice: tratamentul și reeducarea funcțională. Numai independența bolnavului față de medic poate justifica afirmația că este vorba de o vindecare.

## MATERIAL ȘI METODĂ

Lucrarea de față se bazează pe un studiu efectuat pe un lot de 63 de pacienți copii, diagnosticați cu diverse afecțiuni chirurgicale și supravegheați în evoluția postoperatorie de către medicul de familie, în perioada 2006-2009.

Majoritatea copiilor proveneau din mediul urban – 41 de pacienți (65%), iar restul de 22 din mediul rural (35%).



**GRAFICUL 1.** Distribuția cazurilor în funcție de mediul de proveniență

Distribuția pe sexe fiind aproximativ egală, 37 dintre pacienți fiind de sex masculin (58%), iar 26 fiind de sex feminin (42%).

**TABELUL 1.** Distribuția cazurilor în funcție de sex

Sex	Masculin	Feminin
Nr. cazuri	37	26
Procentaj	58%	42%

## PATOLOGIA CHIRURGICALĂ A COPILULUI

Organismul unui copil se deosebește de organismul unui adult printr-o labilitate a dispozitivelor neuroreglatoare, printr-un metabolism mai intens,

printr-o permeabilitate mai ridicată a barierei hemato-encefalice, precum și printr-o desfășurare mai energetică a proceselor regenerative. Anumite boli sunt caracteristice exclusiv sau cu predilecție vârstei copilăriei (rahitismul, scarlatina, difteria, rubeola, tusea convulsivă, meningita etc).

Copiii sunt mai puțin receptivi față de anumite afecțiuni ale adulților, în schimb în prima copilărie se constată deseori boli gastro-intestinale. La copii este mai slabă decât la adulți adaptabilitatea la variațiile importante ale temperaturii mediului înconjurător și, de aceea, tulburările termoreglării evoluează în mod particular.

Patologia regiunii cervicale este foarte variată. O parte dintre afecțiuni sunt malformații congenitale, altele sunt dobândite.

*Patologia diafragmatică* – de cele mai multe ori, dezvoltării incomplete a diafragmului i se asociază și vicii de acolare a mezenterului, hipoplazie de pulmon stâng și hipoplazie de ventricul stâng. Prin pătrunderea viscerelor abdominale în cavitatea toracică, ia naștere hernia diafragmatică. Se produc hernii diafragmatice și prin orificiul Bochdalek din dreapta, dar destul de rare.

Hipoplazia elementelor constitutive loco-regionale: pilieri, membrana Leimer-Bertelli, laxitatea mezosofagului și a ligamentelor gastrice sunt cauzele herniei hiatale care este ascensionarea în mediastin a stomacului prin hiatusul esofagian.

Și la copil, *patologia esofagului* este foarte bogată și variată. În cadrul bolilor malformative cităm atrezia completă sau parțială de esofag, stenoza esofagiană, duplicații de esofag, fistulele esofago-traheale, brahiesofagul și cardiospasmul. Ca boli dobândite, arsurile esofagiene post caustice.

Diversele aspecte ale *patologiei ulcerelor gastro-duodenale*, cât și ulcerele de stres, cele post-cortizonice, post administrare de salicilați reprezintă patologia stomacului și a duodenului.

La copilul de la 2 la 10 ani apare sindromul dispeptic dominat de durerea în epigastru, cu sau fără ritmicitatea caracteristică adultului, calmată sau nu de alimentație, alcaline.

Copilul de la 10 la 16 ani are o simptomatologie mult apropiată de a adultului: dureri post prandiale, la diverse intervale, calmate sau nu de o nouă alimentație, de alcaline, ritmicitate etc. Dar și la această categorie de vârstă, mai frecvent perforația decât hemoragia este primul simptom de manifestare a bolii ulceroase gastro-duodenale.

În cazul *intestinului subțire și intestinului gros*, rotațiile incomplete pot genera ceea ce cunoaștem sub numele de mezenter comun (când intestinul se află în plan sagital) sau malrotații în cazul opririi în

diverse etape de rotație. Aceste rotații incomplete, sau lipsă de acolare, pot genera volvulus acut sau cronic, stenoze de duoden prin compresie extrinsecă de către brida Ladd, hernii strangulate interne în diverse fosete mezenterice, invaginații etc.

Tumorile mediastinale se dezvoltă în mediastin din țesuturile locale sau aberante, imature sau mature.

Tumorile nervoase sunt cel mai frecvent întâlnite.

Tumorile abdominale se întâlnesc cu o frecvență mai mică decât la adult.

În patologia pulmonară a nou-născutului și asugarului un rol important îl ocupă malformațiile congenitale. Acestea sunt: malformații chistice, sechestrația pulmonară, emfizemul lobar și bronșectazia.

Infecțiile peritoneului pe cale hematogenă, limfatică, vagino-utero-tubară dau naștere la peritonite acute primitive.

*Apendicita acută* este cea mai frecventă cauză de abdomen acut la copil.

Copiii după vârsta de 2 ani suferă de apendicită mai frecvent. Debutul brusc al durerii somatice abdominale survine mai frecvent după o afecțiune infecto-contagioasă.

Dintre grupul de malformații ale peretelui abdominal, din regiunea ombilicală, care rezultă printr-o tulburare a mecanismului de închidere a corpului embrionar și rămânerea în afara cavității abdominale a unor viscere care sunt acoperite de o membrană transparentă este omfalocelul.

Paraombilical drept există un defect de mezodermizare al peretelui abdominal cu un diametru de 3-4 cm, viscerele de la duoden care nu au suferit procesul de rotație, și strangulat de inelul orificiului defectului de mezodermizare, dă naștere la gastro-schizis.

Omfalita este infecția regiunii ombilicale, producându-se după secționarea cordonului ombilical, sau după căderea sa, când încă există plaga ombilicală necicatrizantă. Din cauza lipsei de resorbție a părții anterioare a veziculei omfalice, dă naștere la fistulele ombilicale.

Infecțiile spațiului din jurul canalului ano-rectal, produse prin infecții cu stafilococ, bacil Coli sau o asociere de germeni, produc abcese perianale.

Hemoragiile digestive reprezintă o urgență frecvent întâlnită în patologia copilului, de la vârsta de sugar și până la adolescență.

Una dintre complicațiile frecvente ale chirurgiei abdominale este ocluzia intestinală.

Dintre afecțiunile aparatului uro-genital o mare parte necesită tratament chirurgical. Este vorba, în

special, de afecțiuni malformative tumorale, traumatice etc., unele cu prognostic sumbru, în care precocitatea diagnosticului este esențială pentru eficiența intervenției chirurgicale.

*Particularitățile consultației, diagnosticului și tratamentului în medicina de familie.*

Consultația reprezintă o activitate de bază a medicului în toate specialitățile.

Deși consultația pare asemănătoare, începând cu unele plângeri ale pacientului și continuându-se cu examenul clinic și cu niște investigații paraclinice, ea diferă totuși de la o specialitate la alta.

De aceea, așa cum o consultație de psihiatrie diferă de o consultație de neurologie, tot așa și o consultație a medicului de familie diferă de consultațiile din celelalte specialități și chiar de consultația de medicină internă.

Particularitățile consultației din medicina de familie depind pe de o parte de condițiile în care lucrează iar pe de altă parte de natura problemelor și de structura pacienților cu care este confruntat.

Medicul de familie are obligația să ia în considerație întreaga patologie umană, să poată să pună un diagnostic cât mai precoce și în același timp cât mai global, care să țină seama nu numai de starea biologică, ci și de starea psihică și socială a pacientului. Fiind medicul persoanei, medicul de familie trebuie să ia în considerație toate suferințele pacientului, să le inventarieze, să le ierarhizeze și să urmărească cu atenție evoluția lor. De asemenea, având o dotare tehnică redusă, medicul de familie este obligat să pună accentul pe metodele clinice și să rezolve cât mai multe probleme posibil cu aceste metode.

Problemele cu care este confruntat, precum și condițiile în care lucrează medicina de familie, influențează nu numai procesul de diagnostic, ci și procesul terapeutic. De aceea, pentru a evita eventualele complicații și pentru a obține rezultatele cele mai bune, medicina de familie trebuie să țină seama de aceste particularități.

Medicina de familie trebuie să trateze toate bolile de care suferă pacientul și pacientul poate primi rețete de la mai mulți specialiști. De aceea medicina de familie trebuie să adapteze posologia și schemele de tratament la situația generală a bolnavului.

Tratamentul medicamentos la copil necesită adaptarea tratamentului medicamentos în funcție de vârstă, greutatea corporală și suprafața corporală a copilului. Deși supravegherea tratamentului este absolut necesară, ea este mai greu de realizat în ambulatoriu decât în spital.

Pe lângă tratamentul medicamentos, medicina de familie trebuie să recurgă, poate mai mult decât ceilalți specialiști, și la tratamentul psihoterapeutic.

## PSIHOTERAPIA ÎN CONTEXTUL MEDICINII DE FAMILIE

Medicul de familie este în general prima instanță în itinerarul parcurs de bolnavul care își caută sănătatea. A te găsi la acest nivel nu este deloc ușor. Medicul trebuie să decidă, cel puțin aproximativ, ce este de făcut cu bolnavul.

Dacă este necesară intervenția de urgență, trebuie să o acorde. Dacă nu e vorba de o urgență, medicul trebuie să decidă dacă este vorba de o boală care se poate trata sau o va îndruma la medicul specialist sectorial.

Medicul de familie trebuie să cunoască destul de bine simptomele diferitelor afecțiuni din patologia celorlalte specialități. Acest lucru se impune în primul rând pentru a putea discerne după examinare orientarea bolnavului către o anumită specialitate. Problema este încă și mai dificilă, deoarece existența față de sine impune medicului ca în dialogul cu medicul specialist să fie cât mai aproape de diagnosticul de specialitate. Aproximarea diagnosticului trebuie să însemne faptul că medicul cunoaște jaloanele diagnostice de bază ale grupelor mari de boală.

Importanța medicului de familie în activitatea medicală este mare. El realizează primul contact cu pacientul, cunoaște în timp nu numai problemele sale de sănătate, dar și de viață.

Mai mult, el poate observa relațiile dintre membrii familiei, află despre stările conflictuale, se orientează asupra nivelului material, spiritual, asupra comportamentului membrilor ei, asupra tendințelor toxicomanice, asupra relațiilor cuplului familial.

Încă din momentul consultației, dar mai ales din momentul în care caută să-l implice pe bolnav în tratamentul bolii sale, medicul de familie începe tratamentul psihoterapeutic al bolnavului. Desigur că, psihoterapia trebuie să facă parte din arsenalul terapeutic al fiecărui medic. Deoarece, medicul de familie este cel mai apropiat de pacient, psihoterapia trebuie să ocupe un loc deosebit în activitatea terapeutică a medicului de familie.

Una dintre metodele cele mai utile pentru prevenirea și combaterea tulburărilor cu care se confruntă cel mai des medicul de familie, este psihoterapia suportivă. Cu ajutorul ei, medicul de familie caută să reducă suferințele bolnavului și să instaurareze un alt mod de abordare a fenomenelor care să ducă la modificări comportamentale pozitive.

Joyce subliniază că, în contextul factorilor de mediu care acționează asupra pacientului, medicul ocupă locul principal, ceea ce a dus la concluzia că boala și studiul relației *medic pacient* este, după numeroși autori însăși rațiunea ei de a exista.

Succesul actului medical depinde în cel mai înalt grad de buna funcționare și organizare a locului în care se acordă asistența, de cunoștințele profesionale și de prestigiul doctorului.

Dar medicul zilelor noastre, influențat de numeroși factori, a trebuit și el să se transforme.

Astfel, subliniază Păunescu-Podeanu, fascinația tehnicii secolului nostru a făcut ca medicul să facă apel exagerat la metode sofisticate tehnic sau la metode multiple de laborator, la aparate, ceea ce este în detrimentul relației cu bolnavul, contact care devine minim. Adeseori, medicul, dezertând de la meseria lui, a devenit un fel de dispecer sau interpret al unor analize.

Acest tip de medic-robot s-a transformat, spune autorul, într-un pseudo savant, un scientist.

În terapeutică am asistat la o inflație de medicamente și mijloace terapeutice, care au o viteză enormă de schimbare, ceea ce descumpănește pe bolnav și pe medic și în acest fel capitulează amândoi în fața *mitului* pe care îl reprezintă drogul.

Contactul medicului cu pacientul nu este numai un act terapeutic sau numai morală, ci și una și cealaltă, în același timp. Bolnavul va suporta suferința în primul rând funcție de personalitatea sa, va avea dubii sau momente de culpabilitate, dar la un moment dat el se va hotărî să abordeze medicul.

Acest moment, subliniază Balint, va fi ales doar de bolnav: după unii autori e singurul privilegiu în cadrul relației medic-pacient.

Medicul devine astfel pentru bolnav un suport psihologic, relațiile dintre medic și bolnav fiind relații în care acesta din urmă caută dependența. Această tendință trebuie bine cunoscută de medic, mai ales atunci când se află în fața unor bolnavi cronici.

Este o mare artă a știți cât trebuie lăsat un bolnav să regreseze și ce grad de maturitate trebuie arătat unui individ (Balint).

Scripcaru subliniază și el că niciodată organicul *nu răspunde la un model prefabricat al bolii medicului, fiind obligat să ia în considerație psihicul pacientului, deoarece aici medicul nu are numai rolul de a alunga o durere fizică, ci și o deznădejde, o temere și prin aceasta să dea o speranță omului suferind*“.

El trebuie să promoveze o atitudine etico-afectivă față de bolnav, fenomen ce conferă practicii medicale *elemente de permanență*, raportul medic-bolnav fiind în fond, o întâlnire dintre o *încredere și o conștiință*.

Medicul a avut întotdeauna bolnavii pe care i-a meritat și aceasta datorită atitudinii lui ca psiholog (medicul să insufle speranță și să redea liniștea și echilibrul psihic).

Pentru Săhleanu preocuparea față de aspectele psihice ale bolnavilor reprezintă o adevărată *datorie de onoare*, iar în acest sens disponibilitățile psihologice ale medicului trebuie să fie foarte importante.

Venit în fața medicului, în cadrul primei consultații medicale, pacienții oferă acestuia propria lor *preconcepție* privind boala. Aceste oferte ale bolnavului vor continua până când medicul și pacientul vor accepta o anumită boală.

Totuși, această cale simplă, subliniază Balint, nu este prezentă decât în 2/3 dintre cazuri, în rest descoperirea bolii pune în fața medicului mari dificultăți.

În cazul acestui contact interpersonal, medicul și pacientul nu se găsesc pe poziții similare, bolnavul fiind cel mai dezavantajat. El se va afla sub influența suferinței fizice și morale, a reacției psihologice create de această situație (în special frica), va resimți în toată perioada bolii o stare de nesiguranță.

Pentru bolnavul aflat în această situație, medicul va apărea ca o ființă puternică, plin de energie, chiar cu puteri magice, având la dispoziție multiple posibilități. Pe de altă parte, medicul va fi și el influențat de numeroși factori, cei mai importanți fiind legați de propria personalitate, de modalitățile personale de a reacționa și de a se dăru.

Joyce afirmă că pacienții au o anumită atitudine preconcepțată față de profesia medicală încă înainte de a se pune problema întâlnirii. Totuși, acest lucru nu împiedică pe bolnav să aibă cu totul altă atitudine față de medicul luat ca individ.

Un rol deosebit de important în acest domeniu îl constituie *comunitatea culturală* dintre medic și pacient și care determină în mare parte atitudinea medicului față de bolnav și invers.

Fiecare medic creează o atmosferă unică prin modurile sale individuale de a practica medicina, iar în cadrul relației cu pacientul caută să-l *convertească* pe acesta pentru a adopta stilul său.

*Comunitatea culturală* reprezintă un element important, deoarece va determina colaborarea celor două personalități.

În linii mari, cadrul *comunității culturale* presupune ca medicul și bolnavul să aibă aceleași concepții generale privind boala (să adopte ambii un anumit model de boală), diferența constând doar în gradul de instruire și profesionalitate.

În viziunea lui Delay și Pichot, personalitatea medicului determină stilul său de muncă în cadrul

profesiei lui, care se manifestă nu numai în cadrul deciziei terapeutice, ci și în cadrul relațiilor cu bolnavii, de orice fel ar fi ele. În acest sens numeroși autori subliniază marea importanță a formării psihologice a medicului.

Aceeași atitudine a medicului nu poate corespunde oricărui tip de boală, ea va fi diferită și în funcție de bolnav; în diferite situații medicul trebuie să fie capabil să-și schimbe la nevoie atitudinea.

## CONCLUZII

Medicul de familie dispune de obicei de o dotare tehnică destul de săracă. Având de-a face cu boli din toată patologia umană, medicul de familie nu poate dispune niciodată de toate aparatele și instrumentele de care ar avea nevoie.

De aceea el este obligat să apeleze la diagnosticul clinic, care se poate stabili cu ajutorul metodelor clinice, adică observației, anamnezei și examenului clinic, care sunt la îndemâna medicului de familie. Deși diagnosticul clinic joacă un rol foarte important în practica medicală, el trebuie totuși confirmat cu ajutorul unor investigații paraclinice.

Diagnosticul clinic joacă un rol foarte important în practica medicală, în jurul lui gravitând de fapt, toate celelalte forme de diagnostic, etiologic, patogenetic, anatomo-patologic etc. Iar medicul de familie este obligat de condițiile în care lucrează să acorde o importanță mai mare diagnosticului clinic.

Pentru a confirma diagnosticul clinic, medicul de familie este obligat să colaboreze cu ceilalți specialiști.

Spre deosebire de diagnosticul stabilit de specialiști, diagnosticul pe care îl stabilește medicul de familie trebuie să fie un diagnostic integral, care să privească nu numai organul, ci și persoana bolnavului, familia și comunitatea în care trăiește bolnavul respectiv. De aceea, diagnosticul pe care îl stabilește medicul de familie trebuie să fie un diagnostic bio-psiho-social.

Unii autori de nuanță psihanalitică au comparat relația medic-pacient cu relația dintre părinți și copii. În acest context medicul este singurul activ, dar el poate să-și exercite și funcția de ghid sau sfătuitor, poate cere bolnavului să participe la toate măsurile terapeutice.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Ciofu C, Ciofu E** – Semne și simptome în pediatrie, Editura Științifică, București, 1982.
2. **Ciortoloman HM** – Actualități în obstetrică și ginecologie, Ed. Medicală, 1982, 413-458.
3. **Ciurea T, Pascu O, Stanciu C** – Gastro enterologie și hepatologie – actualități 2003, Editura medicală, București, 2003, pp 239-339.
4. **Colaghera C** – Chirurgie de urgență, Ed. Artab, Timișoara, 1993.
5. **Constantinescu N, Burcoș T, Jitea N, Bărbulescu M, Midan Florica, Angelescu N** – Implicațiile imunității celulare în apariția complicațiilor septice postoperatorii, Al XVI-lea Congres Național de Chirurgie, vol rezumate, p.175, 1991.
6. **Cosma E, Chirileanu T** – Curs de chirurgie, Cluj-Napoca, Litografia IMF, 1975.
7. **Cosma E, Chirileanu T, Kaufmann A, Pop A** – Practica chirurgicală pentru medicul de circumscripție și întreprindere, Cluj-Napoca, Ed. Dacia, 1973.
8. **ES, J. C. Van** – Medicul de familie și pacientul său, Ed. LIBRA, București, 1997.
9. **Fenyo G** – Acute abdominal disease in the elderly, *Am.J.Surgery*, 143:747, 1982.
10. **Filipescu Z, Briciu R, Mustatea N** – Terapia intensivă în urgențele medico-chirurgicale, Ed. Științifică și enciclopedică, București, 1979, p.485.
11. **Florea Dana Paula** – Inițiere în medicina transfuzională, Ediția a II-a, Ed. Risoprint, Cluj-Napoca, 2008, pg.62-101.
12. **Ghelase F** – Chirurgie generală, Editura didactică și Pedagogică, 1989.
13. **Gheorghiu A** – Identitatea medicinei de familie, *Medicina Familiei*, 8, 1995, 16-22.
14. **Voiculescu M** – Medicina generala (sub red.) volum 1, Editura Medicala, 1990.
15. **Zamfir T, Băscă I, Jianu M, Ștefan P, Bălănescu R, Pătrăncuș T, Ulici A** – Chirurgie viscerală, urologie și ortopedie pediatrică, Editura Științifică, București, 1996.